

Forord

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende 2013.

Rapporten er udarbejdet i tæt samarbejde Center for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik Syd (CKEB-Syd).

Rapportens kapitler 1 - 6 er behandlet af DLCG's forretningsudvalg på møde den 27. maj 2014. DLCG's kommentarer til denne del fremgår af rapportens side 3. Rapportens hovedkonklusioner og data blev præsenteret på DLCG's årsmøde torsdag d. 19. juni 2014. Rapportens kapitel 7 baseres på et opdateret datagrundlag fra 20. juni 2014, hvorfor resultaterne heri ikke er direkte sammenlignelige med de foregående kapitler. Kommentarerne til denne del fremgår af indledningerne til de enkelte underafsnit til kapitel 7.

Rapporten er den første årsrapport fra DLCR primært baseret på data fra centrale datakilder (Landspatientregisteret (LPR), CPR registeret og Patobank) og den af DLCR udviklede algoritme: Den Nationale Kliniske Kræftdatabase (DNKK). Nærmere herom i rapportens kapitel 4.

Dansk Lunge Cancer Register finansieres via de centrale midler til de kliniske databaser, og har via Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram modtaget støtte for 2013 og tilsagn om tilsvarende i 2014. Denne støtte er dog reduceret i forhold til tidligere bevillinger. Således indeholder den ikke midler til finansiering af en trykt version af årsrapporten. DLCG har dog ønsket at fastholde denne udsendelse af en papirversion af årsrapporten, og har derfor besluttet at åbne op for ekstern finansiering, der dækker produktion og udsendelse af årsrapporten.

Rapporten udsendes til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Rapporten kan desuden findes på DLCG's hjemmeside www.lungecancer.dk og på www.sundhed.dk. Yderligere eksemplarer kan rekvireres på ode.t.dlcr@rsyd.dk.

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR årsrapport 2013 som kilde. Spørgsmål og kommentarer vedrørende rapporten kan rettes til en af nedenstående.

Udgivet af:

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

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

Kontaktperson Center for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik - Syd

Maria Iachina
Cand. scient.biostatistik, ph.d.
Center for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik Syd
Odense Universitetshospital

Indhold

Indhold

1.0 Konklusioner og anbefalinger	3
2.0 Oversigt over indikatorresultaterne	6
3.0 Resultater for indikatorer	7
3.1 Indikatorområde I: Overlevelse, generel.....	7
3.2 Indikatorområde II: Overlevelse efter resektion	14
3.3 Indikatorområde III: Samlet varighed til behandling	23
Indikatorområde IV: Stadieklassifikation	36
Indikatorområde V: Resektionsrate	39
4.0 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	42
5.0 Oversigt over alle indikatorer	45
6.0 Datagrundlag	48
7.0 Appendiks	51
7.1 Udredning	51
7.1.1 Udredningsforløb	52
7.1.2 Udredningsmetoder	54
7.1.3 Lungefunktion	71
7.1.4 Rygning	74
7.1.5 Klinisk TNM (cTNM).....	75
7.1.6 ECOG Performancestatus	80
7.1.7 Patologi	81
7.2 Kirurgi.....	86
7.2.1 Kirurgiforløb	87
7.2.2 Indlæggelse	88
7.2.3 Operativ aktivitet.....	89
7.2.4 Stadier	93
7.2.5 Overlevelse og mortalitet	96
7.2.6 Komplikationer og risikofaktorer.....	102
7.2.7 Patologi	105
7.3 Onkologi	110
7.3.1 Onkologiske forløb	111
7.3.2 Behandlingsaktivitet.....	113
7.3.3 Overlevelse og mortalitet	115
7.3.4 Patologi	120
7.4 Organisation	124
7.4.1 Dansk Lunge Cancer Grupper – beretning	124
7.4.2 Dansk Lunge Cancer Register – beretning.....	124
7.4.3 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe – beretning	125
7.4.4 Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe – beretning.....	126
7.4.5 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe – beretning	126
7.4.6 Patologigruppe – beretning	127
7.4.7 Screeningsgruppen under DLCCG – beretning	127
7.4.8 Forskning	128
7.4.9 Styregruppens medlemmer	129
7.4.10 Tilsluttede afdelinger	130

1.0 Konklusioner og anbefalinger

DLCG/DLCR Årsrapport 2013 er den første rapport baseret på dataindsamling efter Den Nationale Kliniske Kræftdatabase-model (DNKK-model), som adskiller sig fra den hidtidige praksis derved, at data trækkes fra afdelingernes og hospitalernes indberetninger i Lands Patient Registeret (LPR). Herved skulle muligheden af registreringsbias minimeres, hvilket tidligere ved opsætning af modellen også blev dokumenteret. Men det har vist sig, at der i praksis er en række udfordringer, som endnu ikke alle er løst tilfredsstillende, og som i en vis grad påvirker dette års rapport.

Et alvorligt og i kapitlerne 2 – 6 endnu ikke i dybden afklaret problem er **tab af patientdata i forhold til tidligere års opgørelser og i forhold til Cancerregisteret (CR)**. I et forsøg på at løse problemet blev data, som var leveret fra RKKP til Kompetence Center Syd (KCS) processeret endnu en gang, hvorved en del data på patienters forløb blev genskabt. Men trods dette er der fortsat i det datasæt, som ligger til grund for Indikatorrapporten, for nogle årgange et betydeligt deficit set i forhold til CR. Datakompletheden i forhold til CR er således for årgang 2009 og 2010 kun henholdsvis 88,1% og 88,3% mod en datakomplethed på hhv. 96,5% og 95,9% i Årsrapport 2012. Dette er naturligvis ganske utilfredsstillende – specielt når vi ikke ved hvor og efter hvilke mekanismer, patienterne bortselekteres i dataforløbet fra LPR over RKKP til KCS. Men tilfældigvis er datakompletheden rimelig for de årgange, som indgår i beregningen af 1-års, 2-års og 5-års (2012, 2011 og 2008) med datakompletheder på hhv. 101,2%, 92,7% og 99,8%. Vi har derfor vurderet, at vi trods de beskrevne problemer med datakompletheden har kunnet fæste tilstrækkelig lid til disse væsentlige indikatorer til at gøre det meningsfyldt at forholde os til deres resultater ved den Nationale Audit. DLCR arbejder aktuelt i samarbejde med CKEB-Syd og RKKP på at lokalisere fejlen i dataudtrækket.

Et andet problem har været **en uventet stor forsinkelse i indrapportering af alle registreringer fra afdelinger og hospitaler til LPR**. Specielt har procedurekoder fra de radiologiske afdelinger kunnet være meget længe under vejs, hvorved de kliniske udredende afdelinger ikke har kunnet afslutte deres tjek og konfirmering af de data, som var registreret for den enkelte patient. Det **betyder konkret at der for de sidste 2 måneder af 2013 er et vist deficit mht registrerede patienter**, på trods af at skæringsdatoen for udtræk af data blev rykket til én måned senere. Denne problemstilling er illustreret i kapitel 6. Der arbejdes via RKKP for en fremtidig mere tidstro indrapportering fra hospitalerne til LPR. Men vi regner ikke med, at aktuelle rapport trods et vist datadeficit i slutningen af 2013 rummer nogen systematisk bias.

Der kan i år registreres en marginal yderligere forbedring i **1-års overlevelsen**. Forbedringen fra 2011 til 2012 (svarende til diagnoseårgangene 2010 og 2011) er på landsplan på 3%, og hertil så i år en forbedring på 0,5% til nu 44,0%. Den grafiske fremstilling giver specielt ved sammenligning længere bagud i tid indtryk af, at spredningen mellem regioner er blevet mindre, lige som der også ses at være et bredt overlap af konfidensintervaller for de fleste regioner som udtryk for en mere ensartet behandlingskvalitet over hele landet. Den positive afstikker i billedet er Region Nord, som i de ukorrigerede tal har en 1-års overlevelse på nær ved 50% og mere end 5% over landsgennemsnittet. En mulig forklaring kan være den høje resektionsrate i Region Nord i 2012 sammenlignet med andre regioner.

For **2-års overlevelsen** efter diagnose af non-småcellet lungecancer (NSCLC) er der en klar og statistisk signifikant forbedring i landsresultatet i forhold til forrige år, med ganske markante forbedringer for nogle regioner. På landsplan er forbedringen samlet for alle typer af lungecancer på lige godt 2% til nu en 2-års overlevelse på 26,7%.

2007 var første år i DLCR's levetid, hvor indikatorværdien for **5-års overlevelsen** kunne måles på et datagrundlag omfattende over 90 % af samtlige lungecancer tilfælde i Danmark. Tærskelværdien for indikatoren var i sin tid sat til 10 %, men blev ved opdatering på baggrund af litteraturgennemgang for få år siden opjusteret til 12 %. Resultaterne i den aktuelle årsrapport med tal for 5-års overlevelse nu også for 2008 viser, at det fortsat er en udfordring at nå denne tærskelværdi – såvel på landsplan som for de fleste regioner.

Men en række tiltag, som er iværksat siden 2008, forventes at forbedre resultaterne over de kommende år, men først for alvor når vi kan se resultaterne for diagnoseårgangene fra 2010 og frem. Den markant gode 5-års overlevelse, som Region Midt udviste for patienter med diagnose i 2007 har ikke holdt sig for årgang 2008. For 2008 udviser nu Region Nord en markant bedre 5-års overlevelse end de øvrige regioner. En nærliggende forklaring på de markant bedre overlevelsestal på ukorrigerede data for RM for 2007 og for RN for 2008 kunne være de høje resektionsrater for hver af de 2 regioner for de pågældende år. Men årsagen til de høje resektionsrater for de 2 regioner for de pågældende år er uafklaret.

Samlet set vurderes der for 1-, 2- og 5-årsoverlevelsesindekatorerne ikke at være grundlag for at overveje justeringer. Selvom der meget glædeligt totalt set er stabil fremgang, så udgør de fastlagte tærskelværdier fortsat en udfordring for nogle regioner

Kvalitetsmålet for den perioperative mortalitet, målt ved **overlevelse 30 dage efter operation**, har nu i de seneste 3 år været opfyldt såvel for Danmark som helhed som for alle afdelinger og regioner hver for sig. Det er også glædeligt, at kvaliteten bedømt ved denne vigtige parameter er fuldstændig ens på tværs af landet. ***Der vurderes ikke at være grundlag for at ændring i indikatorens værdi (97 % overlevelse), som svarer til et internationalt set højt niveau.***

For **overlevelsen 1 år efter operation** ses en meget markant stigning over tid, om end der ikke kan påvises statistisk sikker forbedring fra sidste år og til dette år. Nu er 9 ud af 10 opererede patienter i live 1 år efter kirurgi. Den statistiske analyse finder ikke tegn på kvalitetsforskelle på tværs af landet. Tærskelværdien har været afdækket både for landsresultatet og for de individuelle afdelinger over de seneste 6 år. ***Der er ved National Audit truffet beslutning om ændring af tærskelværdien fra 75% til 85% gældende fra næste årsrapport.***

Med hensyn til **overlevelsen 2 år efter operation** er resultatet mindre stabilt end for 1-års overlevelsen i den forstand, at det kun er for de seneste 3 år, at såvel landsresultatet som alle de individuelle afdelingers resultater har været over tærskelværdien. ***Der er ved National Audit truffet beslutning om ændring af tærskelværdien fra 65% til 75% og således nu med en værdi svarende til tidligere fastsat tærskelværdi for 1-års overlevelse. Ændringen er tilsvarende gældende fra næste årsrapport.***

For **overlevelse 5 år efter kirurgisk behandling** er resultatet på landsplan over indikatorværdien og har også været det de forudgående år. Dette har også været gældende for 4 af 5 regioner fra og med diagnoseårene 2005. Resultatet for Nordjylland adskiller sig fra de øvrige regioner. Auditgruppen, og heriblandt thoraxkirurg fra Region Nordjylland, har ingen umiddelbar forklaring herpå. Men det skal også samtidig bemærkes, at der er tale om resultater, som rækker ganske langt tilbage i tid, og en række forhold omkring opfølgning efter primærbehandling er ændret siden. ***Der er ikke fundet grundlag for justering i denne indikatorværdi.***

Indikator III, der vedrører tid fra forløbsstart til behandling, er uændret fra tidligere år, dvs. at vi fortsat arbejder med "Kongeindikator" på 42 dage. Bestyrelsen valgte på seneste møde ikke at tilpasse til Pakkeforløbsbeskrivelserne. Indikatorresultaterne er således sammenlignelige bagud i tid.

Med hensyn til **samlet varighed fra henvisning til udredning og indtil operation** ligger alle regioners resultater under tærskelværdien. For Region Hovedstaden er der dog en betragtelig forbedring i målopfyldelsen for 2013. Indikatoren vurderes fortsat relevant og med rimeligt niveau – dokumenteret derved at det på nogle tidspunkter har været muligt for nogle afdelinger at nå målet. For 2013 er det desværre kun 2 udredende afdelinger med associeret thoraxkirurgisk afdeling, som når målet på "konfidensintervalniveau". Det skal også bemærkes, at de patienter, som ved endt udredning tilbydes operation, er i tidligere DLCG Årsrapporter vist gennemsnitlig at tage længere tid at udrede, da de gennemsnitligt skal igennem flere kvalificerende undersøgelser før behandlingstilbud om operation kan gives. Det er i den forbindelse nødvendigt, at der er balance mellem opgavens omfang og de hertil afsatte

ressourcer til påkrævede undersøgelser, hvis man vil nå målsætningen om 85 % udredt og opereret indenfor 42 dage.

For den **samlet varighed til onkologisk behandling** er der efter de seneste opnåede resultater generelt ikke sket nogen forbedring – nærmere tværtimod. Resultaterne er dog generelt tættere på tærskelværdien, end det er tilfældet for den kirurgiske behandling. Men der er meget betydelig spredning mellem behandlende afdelinger mht. opnåede resultater - fra over 90 % til kun 61,3%. Indikatoren er fortsat relevant og realistisk opnåelig – igen dokumenteret derved, at det har været muligt for nogle afdelinger at nå målet, og heriblandt også en afdeling med et patientbehandlingstal på over 100 patienter i 2013.

Med hensyn til **kvaliteten af udredningen, målt ved overensstemmelse mellem præ- og postoperativ stadievurdering**, så er tærskelværdien opfyldt for alle udredende afdelinger, dog for Aalborg på konfidensintervalniveau. Region Nordjylland/Aalborg ses for andet år i træk at divergere fra de øvrige regioner og har for 4. år i træk dårligere stadieoverensstemmelse end alle de øvrige regioner. Man må i Aalborg overveje om den udredningsmetodik, som anvendes der, er sufficient. **Det blev ved National Audit besluttet at opjustere tærskelværdien fra 85% til 90% overensstemmelse mellem cTNM og pTNM med virkning fra næste årsrapport.**

Kendskab til **patologien** ved primær lungecancer er, sammenholdt med korrekt vurdering af sygdomsstadie, vigtig af hensyn til at kunne give det mest hensigtsmæssige behandlingstilbud. Patobanken har i de seneste års versioner af DLCR har været den eneste kilde til information om cancerpatologi for DLCR. Den algoritme, der ud fra de rå data i Patologiregisteret under Sundhedsstyrelsen etablerer patologikonklusion af relevans for primær lungecancer er i flere omgange blevet trimmet til, og med den seneste version af patologialgoritmen er flere forløb blevet tildelt en patologi-diagnose, så der er færre forløb med ingen data (for 2013 nu kun 5,8 %). Dette niveau vurderes acceptabelt, da der altid vil være et antal patienter, hvor diagnosen af lungekræft stilles på anamnese, klinik og billeddiagnostik alene, men ***der skal fortsat arbejdes på at reducere andelen af patienter i DLCR, hos hvem der ikke er registreret en patologitype.***

På vegne af den samlede Nationale Auditgruppe

Torben Riis Rasmussen
Formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe

Erik Jakobsen
Leder af Dansk Lunge Cancer Register

April 2014

2.0 Oversigt over indikatorresultaterne

Indikator	Standard		Indikatoropfyldelse								
	Mindst	Komplethed	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005 - 3
Indikator Ia: Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato	42 %	100		44,1	43,5	40,6	37,4				
Indikator Ib: Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato	22 %	99			26,7	24,6	23,7	20,8			
Indikator Ic: Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato	12 %	98						11,3	11,5	10,2	9,7
Indikator IIa: Andel af patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation (resektion)	97 %	100	98,6	98,6	99,1	96,8					
Indikator IIb: Andel af patienter, som overlever 1 år fra først registrerede operation (resektion)	75 %	100		89,8	89,0	85,5	80,8				
Indikator IIc: Andel af patienter, som overlever 2 år fra først registrerede operation (resektion)	65 %	100			78,8	75,3	74,0	64,7			
Indikator IId: Andel af patienter, som overlever 5 år fra først registrerede operation (resektion)	40 %	100						45,9	48,6	45,1	40,5
Indikator IIIa: Andel patienter, opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb	85 %	97	63,2	58,1	61,0	52,7					
Indikator IIIb: Andel patienter, onkologisk behandling 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb	85 %	99	73,5	77,9	76,2	67,1					
Indikator IIIc: Andel patienter, kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb	85 %	99	78,4	82,3	80,1	71,0					
Indikator IIId: Andel patienter, stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb	85 %	97	61,7	68,0	68,0	57,5					
Indikator III: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	85 %	92	91,4	92,1	91,3	83,5					
Indikator IV: Andel patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion	20 %	94	21,3	21,2	20,9	19,3					

3.0 Resultater for indikatorer

3.1 Indikatorområde I: Overlevelse, generel

Indikatorerne evaluerer overlevelse ved primær lungecancer 1 år, 2 år og 5 år efter diagnosedato.

Indikatorsættet monitorerer, hvorvidt overlevelsen dels er tilfredsstillende efter gældende normer, dels ændres over tid. De valgte tærskelværdier er **42 %** efter 1 år fra diagnosedato, henholdsvis **22 %** og **12 %** efter 2 og 5 år fra diagnosedato. Indikatoren stratificeres overordnet efter region (sv.t. patienternes bopæl på diagnosetidspunktet).

Faktorer af primær interesse for vurderinger af variation:

- Patientens bopælsregion
- Årstal for diagnose

*Prognostiske faktorer:*¹

- Sygdomsstadie (klinisk stadie fastslået ved udredning)
- Komorbiditet estimeret ved Charlson Index ¹
- Operationsstatus (opereret/ikke opereret)

Justeringsfaktorer:

- Alder ved diagnose
- Køn

Justering af alder er ud fra forskellige statistiske afprøvninger bedømt at kunne foretages mest hensigtsmæssigt ved dikotomisering svarende til alder 70 år.

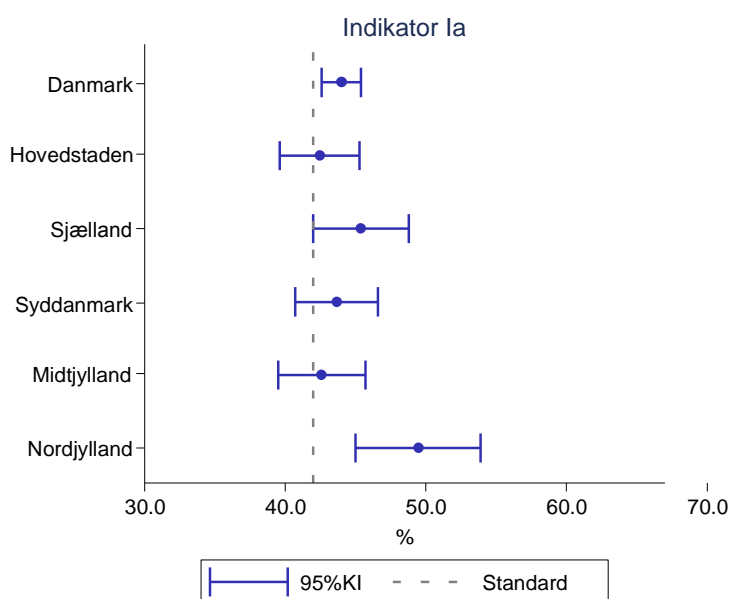
Ved vurdering af den prognostiske betydning af stadie er stadie 0 slået sammen med stadie I af hensyn til små tal, således at der opereres med følgende stadiekategorier: 0+I, II, IIIa, IIIb og IV.

Indikator Ia: Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato
(Tærskelværdi 42 %)

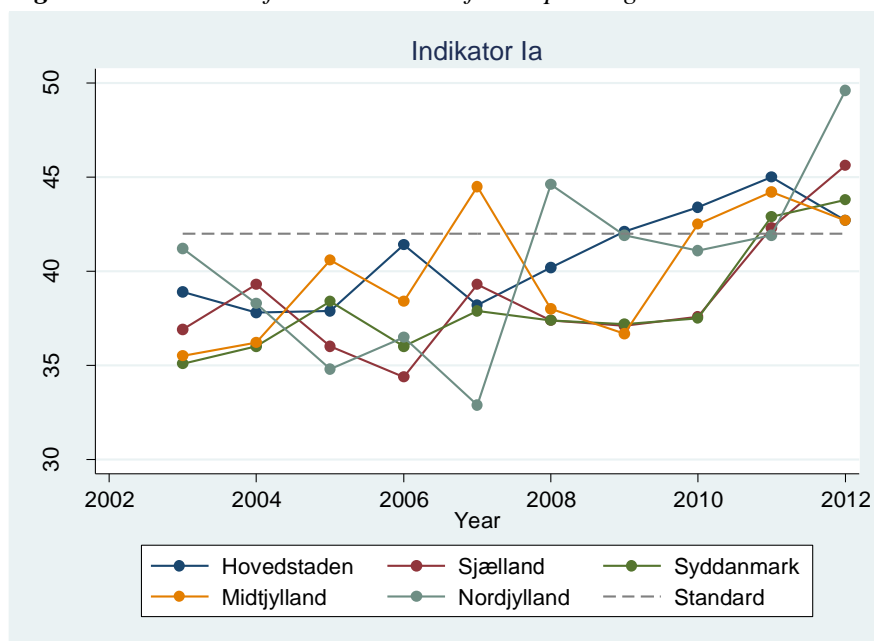
Tabel 3.1.1: Resultater for indikator Ia for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2012	2011	2010	2009-2003	
Danmark	ja	2016 / 4582	0 (0)	44.0	(42.6-45.4)	43.5	40.5	37.4
Hovedstaden	ja	501 / 1180	0 (0)	42.5	(39.6-45.3)	45.1	43.2	37.8
Sjælland	ja	372 / 820	0 (0)	45.4	(42.0-48.8)	42.2	37.5	37.3
Syddanmark	ja	475 / 1088	0 (0)	43.7	(40.7-46.6)	42.7	37.4	36.8
Midtjylland	ja	425 / 998	0 (0)	42.6	(39.5-45.7)	43.9	42.5	37.0
Nordjylland	ja	238 / 481	0 (0)	49.5	(45.0-53.9)	41.9	41.1	38.4

Figur 3.1.2: Resultater for indikator Ia for hele landet og efter bopælsregion



Figur 3.1.3: Trenden for indikator Ia efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdien ligger over tærskelværdien og er statistisk signifikant stigende med tiden.

Datakompletheden for den statistiske analyse er på 89%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi.

De justerende analyser baserede på to sidste rapporteringsår viser: stigende niveau for komorbiditet er forbundet med reduceret prognose; stadie har effekt på overlevelse som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose; høj alder er forbundet med dårligst prognose for NSCLC og SCLC. Kvinder med NSCLC har statistisk signifikant bedre prognose end mænd med NSCLC. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne for NSCLC.

Faglig klinisk kommentering

Der er for landet som helhed registreret en lille yderligere forbedring i **1-års overlevelsen**. Forbedringen fra diagnosekohorterne 2010 til 2012 spredningen mellem regioner er blevet mindre, specielt ved sammenligning længere bagud i tid, som udtryk for en mere ensartet behandlingskvalitet over hele landet.

Der ses da også generelt at være et bredt overlap af konfidensintervaller. Men for diagnoseåret 2012 markerer RN sig i forhold til de andre regioner, hvilket med brugen af DNKK datamodellen næppe kan skyldes registreringsbias. Selvom der lige netop er overlap til hver af de øvrige regioners CI kunne det være interessant at eksplorere i mulige forklaringer herpå. En mulig forklaring kan være den høje resektionsrate i Region Nord i 2012 sammenlignet med andre regioner.

Anbefalinger til Indikatorer

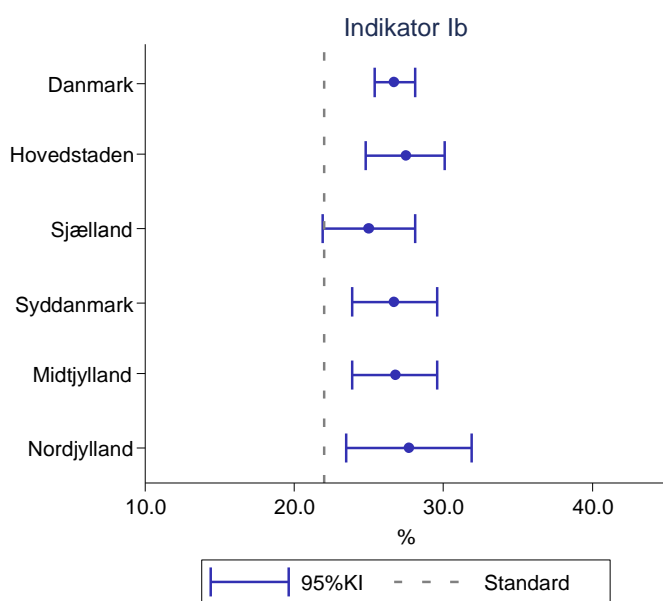
Se under 5-årsoverlevelse.

Indikator Ib: Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato
(Tærskelværdi 22 %)

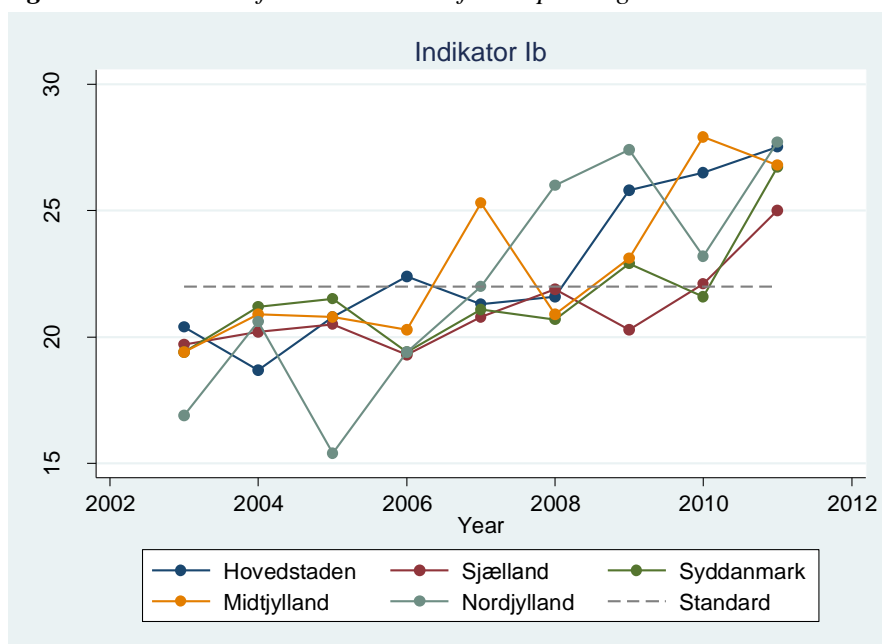
Tabel 3.1.4: Resultater for indikator Ib for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2011	2010	2009	2008-2003	
Danmark	ja	1113 / 4161	1 (0)	26.7 (25.4-28.1)	24.6	23.7	20.8	
Hovedstaden	ja	304 / 1107	0 (0)	27.5 (24.8-30.1)	26.5	25.8	20.9	
Sjælland	ja	183 / 732	0 (0)	25.0 (21.9-28.1)	22.1	20.3	20.5	
Syddanmark	ja	254 / 950	0 (0)	26.7 (23.9-29.6)	21.6	22.9	20.5	
Midtjylland	ja	247 / 922	0 (0)	26.8 (23.9-29.6)	27.9	23.1	21.3	
Nordjylland	ja	123 / 444	0 (0)	27.7 (23.5-31.9)	23.2	27.4	20.2	

Figur 3.1.5: Resultater for indikator Ib for hele landet og efter bopælsregion



Figur 3.1.6: Trenden for indikator Ib efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdien ligger over tærskelværdien. Datakompletheden for den statistiske analyse er på 89%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi.

De justerende analyser baserende på to sidste rapporteringsår viser: stigende niveau for komorbiditet er forbundet med reduceret prognose; stadie har effekt på overlevelse som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose; høj alder er forbundet med dårligst prognose for NSCLC og SCLC. Kvinder med NSCLC har statistisk signifikant bedre prognose end mænd med NSCLC. Indikatorværdien er statistisk signifikant stigende med tiden for NSCLC. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne for NSCLC.

Faglig klinisk kommentering

For **2-års overlevelsen** er der forbedring i landsresultatet i forhold til forrige år på godt 2 %. Generelt er der kun små forskelle mellem de enkelte regioners resultater.

Anbefalinger til Indikatorer

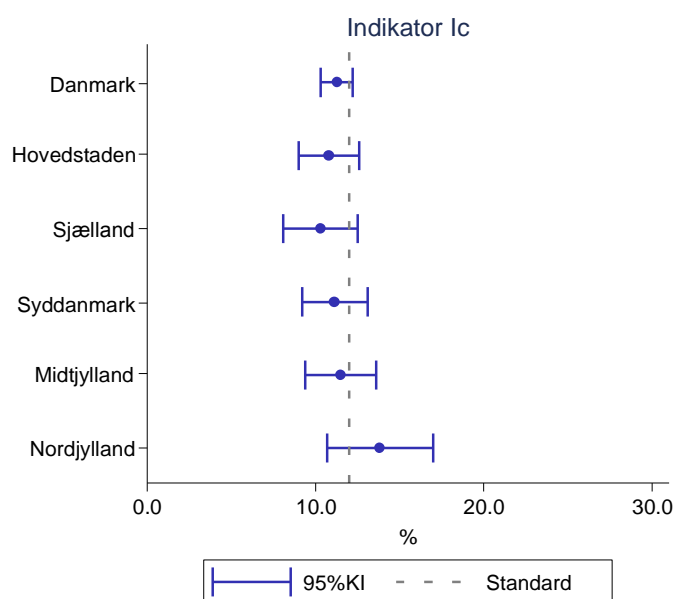
Se under 5-årsoverlevelse.

Indikator Ic: Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato
(Tærskelværdi 12 %)

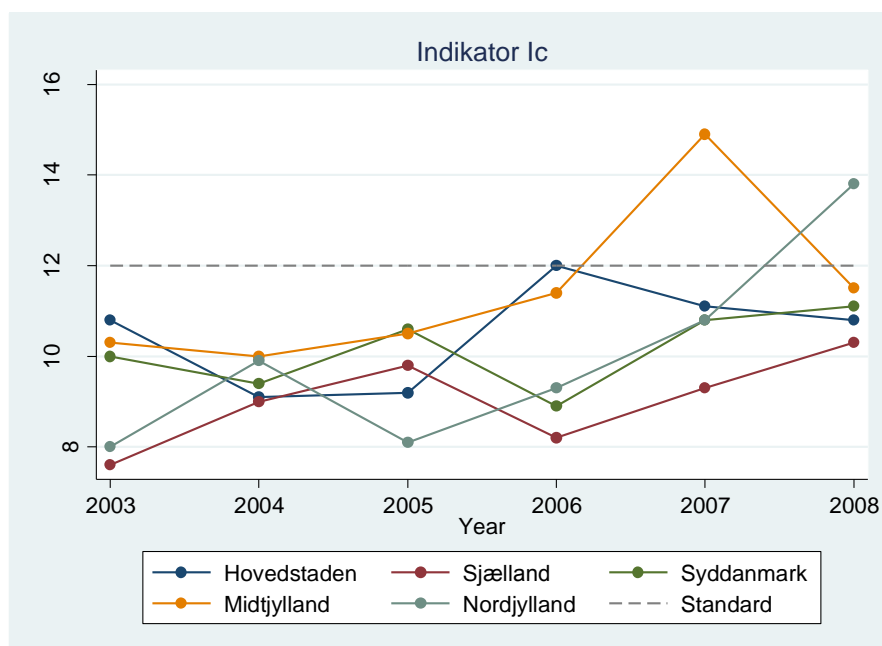
Tabel 3.1.7: Resultater for indikator Ic for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2008	2007	2006	2005-2003	
Danmark	ja*	477 / 4227	2 (0)	11.3	(10.3-12.2)	11.5	10.2	9.7
Hovedstaden	ja*	125 / 1155	0 (0)	10.8	(9.0-12.6)	11.1	12.0	9.7
Sjælland	ja*	76 / 735	0 (0)	10.3	(8.1-12.5)	9.3	8.2	8.9
Syddanmark	ja*	109 / 980	0 (0)	11.1	(9.2-13.1)	10.8	8.9	10.0
Midtjylland	ja*	102 / 884	0 (0)	11.5	(9.4-13.6)	14.9	11.4	10.3
Nordjylland	ja	65 / 470	0 (0)	13.8	(10.7-17.0)	10.8	9.3	8.7

Figur 3.1.8: Resultater for indikator Ic for hele landet og efter bopælsregion



Figur 3.1.9: Trenden for indikator Ic efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Alle regioner opfylder indikatoren (på konfidensintervalniveau). Datakompletheden for den statistiske analyse er på 89%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi. De justerende analyser baserende på to sidste rapporteringsår viser: stigende niveau for komorbiditet er forbundet med reduceret prognose; stadie har effekt på overlevelse som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose; høj alder er forbundet med dårligst prognose for NSCLC og SCLC. Kvinder med NSCLC har statistisk signifikant bedre prognose end mænd med NSCLC. Indikatorværdien er statistisk signifikant stigende med tiden for NSCLC. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne både for NSCLC og SCLC.

Faglig klinisk kommentering

Der er generelt for landet som helhed ingen forbedring i 5-års overlevelse. Der er bestående forbedringer for hele perioden. For RM er faldet i forhold til resultatet for 2007-kohorten meget markant, og da data med anvendelse nu af DNKK-modellen er suppleret bagud i tid, og dermed også for 2007-kohorten, består indtrykket af en ekseptionel 5-års overlevelse for 2007-kohorten fra RM. For 2008-kohorten markerer RN sig som den eneste region, som er kommet over tærskelværdien på 12%. En nærliggende forklaring på de markant bedre overlevelsestal på ukorrigerede data for RM for 2007 og for RN for 2008 kunne være de høje resektionsrater for hver af regionerne for de pågældende år.

Anbefalinger til Indikatorer

Samlet set vurderes der for 1-, 2- og 5-årsoverlevelsesindikatorerne ikke at være grundlag for at overveje justeringer. Selvom der meget glædeligt totalt set er stabil fremgang, så udgør de fastlagte tærskelværdier fortsat en udfordring for nogle regioner.

3.2 Indikatorområde II: Overlevelse efter resektion

Indikatorerne evaluerer overlevelse efter resektion ved primær lungecancer. Der anvendes i denne sammenhæng fire forskellige milepæle: 30 dage, 1 år, 2 år og 5 år efter den operation foretaget som led i den initiale behandling i lungecancerforløbet. Resultaterne er således for alle patienter med resektion i kalenderåret uafhængig af diagnosetidspunkt.

Indikatorsættets berettigelse ligger i at monitorere, hvorledes overlevelse for patienter med primær lungecancer efter intenderet kurativ operativ indsats dels er tilfredsstillende efter gældende normer, dels ændres over tid. Specielt 30-dages overlevelsen formodes at reflektere kvaliteten af den operative intervention, mens de øvrige indikatorer afspejler dels langtidseffekten af operativ indsats tidligt i patientforløbet, dels effekten af øvrige terapeutiske tiltag, først og fremmest onkologiske. De valgte tærskelværdier er **97 %** for overlevelse mindst 30 dage efter primær resektion og **75 %**, **65 %** og **40 %** efter henholdsvis 1, 2, 5 år.

Indikatorerne stratificeres overordnet efter region (sv.t. regionalt tilhørsforhold for behandlende sygehus).

Faktorer af primær interesse for vurderinger af variation:

- Region (efter behandlende sygehus), henholdsvis behandlende sygehus
- Tidspunkt for først registrerede resektion

Prognostiske faktorer:

- Sygdomsstadie (klinisk stadie fastslået ved udredning)
- Operationstype
- Komorbiditet estimeret ved Charlson Index

Justeringsfaktorer:

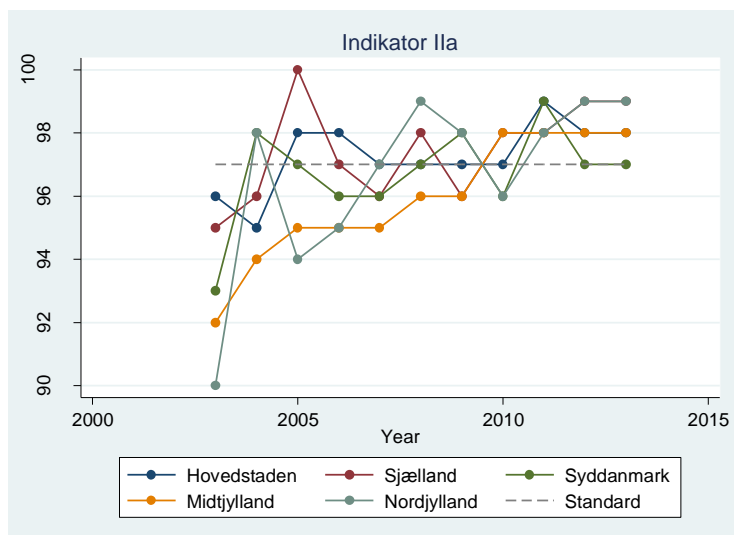
- Alder (ved først registrerede operation)
- Køn

Justering af alder er ud fra forskellige statistiske afprøvninger bedømt at kunne foretages mest hensigtsmæssigt ved dikotomisering svarende til alder 70 år.

Ved vurdering af den prognostiske betydning af stadie er stadie 0 slået sammen med stadie I af hensyn til små tal, således at der opereres med følgende stadiekategorier: 0+I, II, IIIa, IIIb og IV.

Ved vurdering af den prognostiske betydning af operationstype er lobektomi anvendt som reference for de tre andre kategorier.

Figur 3.1.13: Trenden for indikator IIa efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdien for alle regioner i afrapporteringsår ligger over tærskelværdien. Datakompletheden for den statistiske analyse er på 91%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi.

De justerende analyser baserende på to sidste rapporterings år viser: Udredningsstadie har ikke prognostisk betydning, men kvinder har bedre prognose end mænd. Højt niveau af komorbiditet er forbundet med væsentligt dårligere prognose. Der er ingen statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne og ingen statistisk evidens for stigning af indikator opfyldelse med tiden.

Faglig klinisk kommentering

Indikator opfyldt for Danmark som helhed og hver for sig for alle afdelinger og regioner.

Anbefalinger til Indikatorer

Der vurderes ikke aktuelt at være grundlag for at ændring i indikatorens værdi (97% overlevelse), som svarer til et internationalt set højt niveau.

Indikator IIb: Overlevelse 1 år efter operation

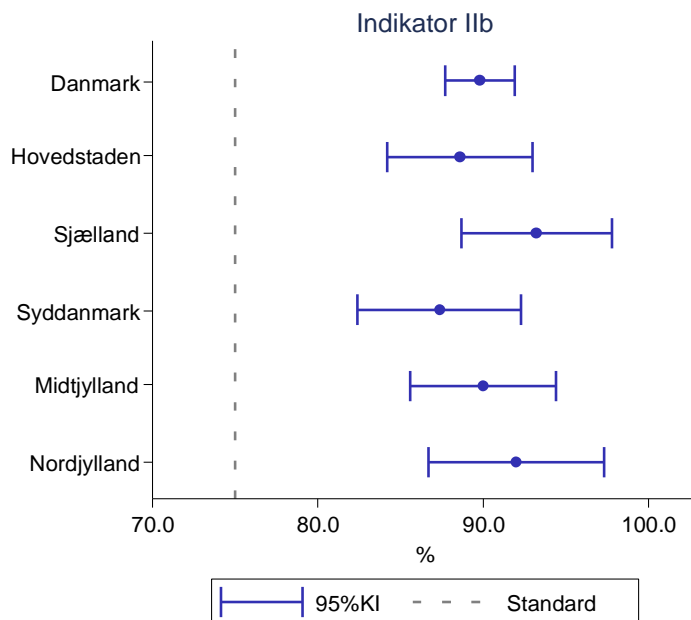
(Tærskelværdi 75%)

Tabel 3.1.14: Resultater for indikator IIb for hele landet og efter behandlende afdeling

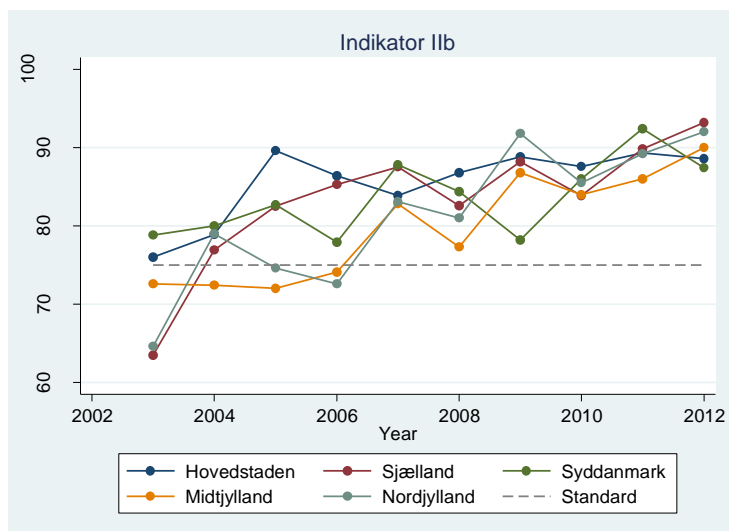
Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2012	2011	2010	2009-2003	
Danmark	ja	696 / 775	1 (0)	89.8	(87.7-91.9)	89.0	85.5	80.8
Rigshospitalet	ja	229 / 255	0 (0)	89.8	(86.1-93.5)	89.0	86.7	84.7
Odense	ja	224 / 253	0 (0)	88.5	(84.6-92.5)	91.3	86.2	81.0
Skejby	ja	151 / 167	0 (0)	90.4	(86.0-94.9)	85.6	83.2	75.5
Aalborg	ja	92 / 100	1 (1)	92.0	(86.7-97.3)	89.2	85.5	80.3

Tabel 3.1.15: Resultater for indikator IIb, for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt()	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2012	2011	2010	2009-2003	
Danmark	ja	696 / 775	1 (0)	89.8	(87.7-91.9)	89.0	85.5	80.8
Hovedstaden	ja	178 / 201	0 (0)	88.6	(84.2-93.0)	89.3	87.6	84.8
Sjælland	ja	110 / 118	0 (0)	93.2	(88.7-97.8)	89.8	83.9	81.6
Syddanmark	ja	152 / 174	0 (0)	87.4	(82.4-92.3)	92.4	86.0	81.5
Midtjylland	ja	162 / 180	0 (0)	90.0	(85.6-94.4)	86.0	84.0	77.4
Nordjylland	ja	92 / 100	1 (1)	92.0	(86.7-97.3)	89.2	85.5	79.7

Figur 3.1.16: Resultater for indikator IIb for hele landet og efter bopælsregion

Figur 3.17: Trenden for indikator IIb efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdien for alle regioner i afrapporteringsår ligger over tærskelværdien.. Datakompletheden for den statistiske analyse er på 91%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi.

De justerende analyser baserende på to sidste rapporterings år viser: Udredningsstadie har prognostisk betydning, og kvinder har bedre prognose end mænd og høj alder er forbundet med dårligst prognose, og er statistisk signifikant. Højt niveau af komorbiditet er forbundet med væsentligt dårligere prognose. Der er ingen statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne og ingen statistisk evidens for stigning af indikator opfyldelse med tiden.

Faglig klinisk kommentering

Meget markant stigning over tid. Ni ud af 10 er i live 1 år efter kirurgi. Tærskelværdien har været afdækket både for landsresultatet og for de individuelle afdelinger over de seneste 6 år. Noget tyder således på, at indikatorværdien skal opdateres/hæves.

Anbefalinger til Indikatorer

Det besluttes, at tærskelværdien opjusteres til 85%.

Indikator IIc: Overlevelse 2 år efter operation

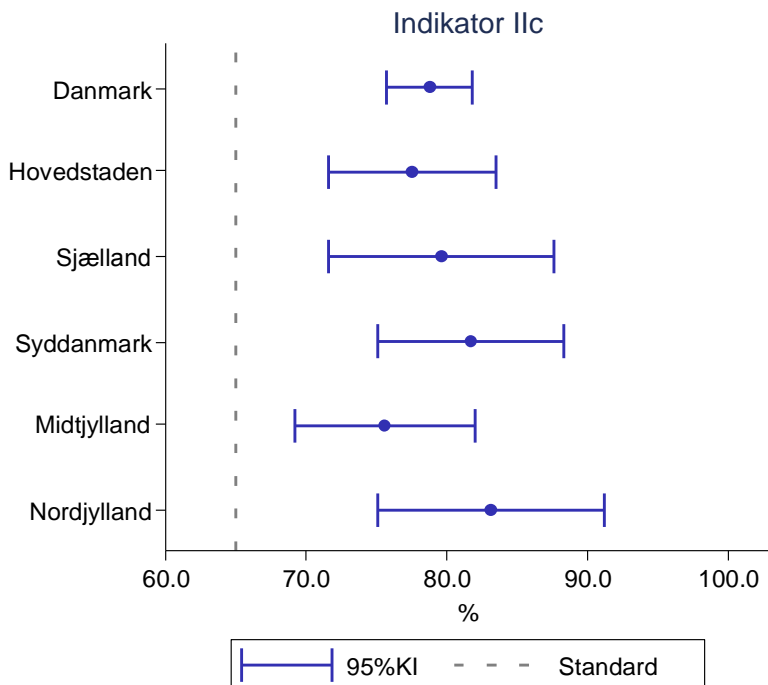
(Tærskelværdi 65 %)

Tabel 3.1.18: Resultater for indikator IIc for hele landet og efter behandlende afdelinger

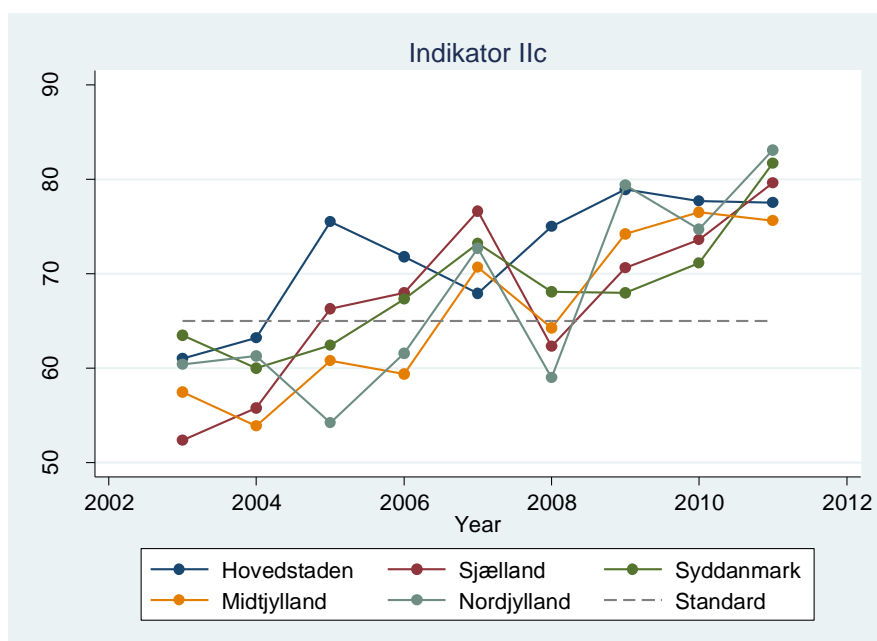
Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2011	2010	2009	2008-2003	
Danmark	ja	530 / 673	0 (0)	78.8	(75.7-81.8)	75.3	74.0	64.7
Rigshospitalet	ja	185 / 237	0 (0)	78.1	(72.8-83.3)	76.7	77.6	68.8
Odense	ja	166 / 207	0 (0)	80.2	(74.8-85.6)	72.3	67.2	64.9
Skejby	ja	109 / 146	0 (0)	74.7	(67.6-81.7)	75.4	74.0	62.0
Aalborg	ja	70 / 83	0 (0)	84.3	(76.5-92.2)	74.7	79.4	62.2

Tabel 3.1.19: Resultater for indikator IIc, for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2011	2010	2009	2008-2003	
Danmark	ja	530 / 673	0 (0)	78.8	(75.7-81.8)	75.3	74.0	64.7
Hovedstaden	ja	145 / 187	0 (0)	77.5	(71.6-83.5)	77.7	78.9	69.4
Sjælland	ja	78 / 98	0 (0)	79.6	(71.6-87.6)	73.6	70.6	64.0
Syddanmark	ja	107 / 131	0 (0)	81.7	(75.1-88.3)	71.1	68.0	65.8
Midtjylland	ja	130 / 172	0 (0)	75.6	(69.2-82.0)	76.5	74.2	61.8
Nordjylland	ja	69 / 83	0 (0)	83.1	(75.1-91.2)	74.7	79.4	61.8

Figur 3.1.20: Resultater for indikator IIc for hele landet og efter bopælsregion

Figur 3.1.21: Trenden for indikator IIc efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdien for alle regioner i afrapporteringsår ligger over tærskelværdien.. Datakompletheden for den statistiske analyse er på 90%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi.

De justerende analyser baserende på to sidste rapporterings år viser: Udredningsstadie har prognostisk betydning, og kvinder har bedre prognose end mænd og høj alder er forbundet med dårligst prognose, og er statistisk signifikant. Højt niveau af komorbiditet er forbundet med væsentligt dårligere prognose. Der er ingen statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne og ingen statistisk evidens for stigning af indikator opfyldelse med tiden.

Faglig klinisk kommentering

Som indikator IIb. Resultatet er dog her mindre stabilt i den forstand, at det kun er de seneste 3 år, at såvel landsresultatet som alle de individuelle afdelingers resultat alle har været over tærskelværdien.

Anbefalinger til Indikatorer

Det besluttet at tærskelværdien opjusteres til 75%.

Indikator IId: Overlevelse 5 år efter operation

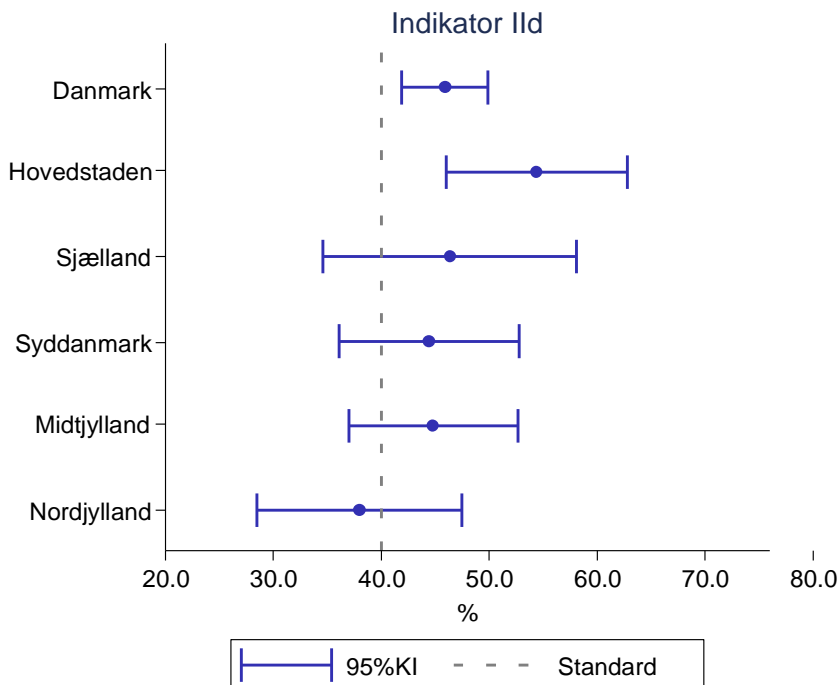
(Tærskelværdi 40 %)

Tabel 3.1.22: Resultater for indikator IId for hele landet og efter behandelende afdelinger

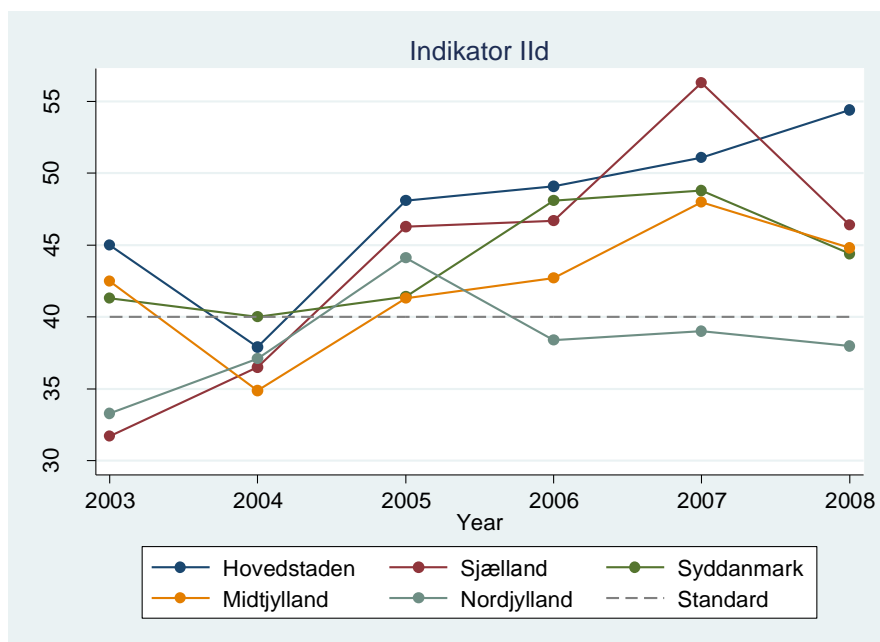
Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2008	2007	2006	2005-2003	
Danmark	ja	273 / 595	1 (0)	45.9	(41.9-49.9)	48.6	45.1	40.5
Rigshospitalet	ja	93 / 179	0 (0)	52.0	(44.6-59.3)	53.3	49.3	43.4
Odense	ja	74 / 166	1 (1)	44.6	(37.0-52.1)	48.1	47.7	40.3
Skejby	ja	69 / 151	0 (0)	45.7	(37.7-53.6)	47.6	39.0	38.9
Aalborg	ja*	37 / 99	0 (0)	37.4	(27.8-46.9)	39.7	42.9	37.9

Tabel 3.1.23: Resultater for indikator IId for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2008	2007	2006	2005-2003	
Danmark	ja	273 / 595	1 (0)	45.9	(41.9-49.9)	48.6	45.1	40.5
Hovedstaden	ja	74 / 136	0 (0)	54.4	(46.0-62.8)	51.1	49.1	43.9
Sjælland	ja	32 / 69	0 (0)	46.4	(34.6-58.1)	56.3	46.7	39.0
Syddanmark	ja	60 / 135	1 (1)	44.4	(36.1-52.8)	48.8	48.1	40.9
Midtjylland	ja	69 / 154	0 (0)	44.8	(37.0-52.7)	48.0	42.7	39.2
Nordjylland	ja*	38 / 100	0 (0)	38.0	(28.5-47.5)	39.0	38.4	38.5

Figur 3.1.24: Resultater for indikator IId for hele landet og efter bopælsregion

Figur 3.1.25: Trenden for indikator IId efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatoren er opfyldt på konfidensintervalniveau i afrapporterings å. Datakompletheden for den statistiske analyse er på 89%; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysninger om stadie og patologi. De justerende analyser baserede på de to sidste rapporterings år viser: Udredningsstadie har prognostisk betydning, og kvinder har bedre prognose end mænd og høj alder er forbundet med dårligst prognose, og er statistisk signifikant. Højt niveau af komorbiditet er forbundet med væsentligt dårligere prognose. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne og ingen statistisk evidens for stigning af indikator opfyldelse med tiden.

Faglig klinisk kommentering

Der er for 5-års overlevelsen efter kirurgi desværre generelt ingen forbedring at spore, og for samtlige regioner fraset RH er der et lille fald ift. resultatet fra sidste år, som svarede til 2007-kohorten, dog forbedring over hele perioden. Det skal således også samtidig bemærkes, at der er tale om resultater, som rækker ganske langt tilbage i tid, og en række forhold omkring opfølgning efter primærbehandling er ændret siden.

Anbefalinger til Indikatorer

Der findes ikke grundlag for at justere indikatoren.

3.3 Indikatorområde III: Samlet varighed til behandling

Indikatorerne kvantificerer i hvilken udstrækning samlet varighed fra påbegyndt diagnostisk pakkeforløb til påbegyndt behandling er overholdt (42 dage).

Indikatorsættets berettigelse ligger i at monitorere, hvorvidt varighederne i forbindelse med indsats for patientforløb med primær lungecancer med rimelighed kan anses for overholdt. Indikatorerne kvantificeres for forløb, hvor der er både primær udredning og efterfølgende behandlingsaktivitet. Derved udelades forløb for patienter, som på opgørelsestidspunktet er udredt uden senere registreret behandling (uanset døde eller fremdeles i live på opgørelsestidspunktet). Endvidere udelades patientforløb, hvor der foreligger data om behandling uden indberetning fra en primært udredende afdeling.

For alle indikatorer i dette indikatorsæt er tærskelværdien fastlagt til **85 %**.

Indikatorerne stratificeres og værdisættes overordnet efter regionstilhørsforhold for behandlende såvel som for udredende sygehus.

Faktorer af primær interesse for vurderinger af variation:

- Region, henholdsvis sygehus
- Tidspunkt for først registrerede aktivitet (udredning, henholdsvis specificeret behandling)-udgået for årsrapport 2013
- Komorbiditet estimeret ved Charlson index

Justeringsfaktorer:

- Alder ved aktivitet (udredning, henholdsvis specificeret behandling)
- Køn

I justeringen for alder anvendes alder i dekader, og der skaleres ved at sætte alder 68 år (sv.t. gennemsnitlig diagnosealder i hele patientpopulationen) lig 0.

Der henvises til Appendiks 8.2 'Statistisk analyse af hver enkelt indikator' hvad angår de detaljerede resultater af den statistiske analyse.

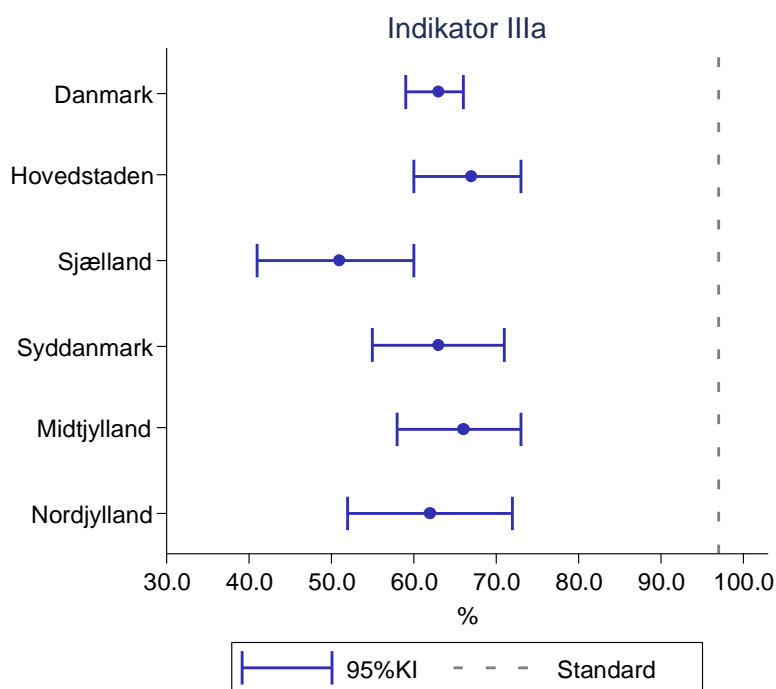
Indikator IIIa: Samlet varighed til operation efter bopælsregion

(Tærskelværdi 85%)

Tabel 3.1.26: Resultater for indikator IIIa for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	451 / 714	11 (1)	63.2 (59.5-66.7)	58.1	61.0	52.7	
Hovedstaden	nej	128 / 190	5 (2)	67.4 (60.2-74.0)	45.6	50.3	48.3	
Sjælland	nej	58 / 113	4 (3)	51.3 (41.7-60.8)	55.5	57.7	31.9	
Syddanmark	nej	97 / 152	2 (1)	63.8 (55.6-71.4)	58.2	52.9	60.0	
Midtjylland	nej	109 / 164	0 (0)	66.5 (58.7-73.6)	60.6	73.9	50.2	
Nordjylland	nej	59 / 94	0 (0)	62.8 (52.2-72.5)	83.2	76.5	72.5	

Figur 3.1.27: Resultater for indikator IIIa for hele landet og efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er på 91 % opgjort ud fra bopælsregion. Ingen af regioner opfylder indikatoren.

Faglig klinisk kommentering

Alle regioners resultater ligger under tærskelværdien, men der er dog for Danmark som helhed og for Region Hovedstaden i særdeleshed sket en forbedring. Det skal også bemærkes, at med anvendelse af DNKK-datamodellen bliver starttidspunktet i gennemsnit rykket 2 dage frem, hvilket i sig selv ville tendere til at reducere målopfyldelsesgraden. Dette skyldes, at DNKK konsekvent anvender dato for første aktivitet i udredningsforløbet f.eks. vha. A-kode for pakkeforløbet og ikke datoen for den udredende afdelings første kendskab til patientforløbet f.eks. henvisningsdatoen.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes fortsat relevant og med rimeligt niveau.

Indikator IIIa1: Samlet varighed til operation – efter behandlende sygehus

(Tærskelværdi 85%)

Table 3.1.28: Resultater for indikator IIIa1 for hele landet og efter behandlende sygehus

Enhed	Std. 95%	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	opfyldt			2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	451 / 714	11 (1)	63.2	(59.5-66.7)	58.1	61.0	46.7
Rigshospitalet	nej	148 / 226	6 (2)	65.5	(58.9-71.7)	44.9	53.4	36.7
Odense	nej	138 / 234	5 (2)	59.0	(52.4-65.3)	60.0	54.9	57.4
Aarhus	nej	106 / 160	0 (0)	66.3	(58.4-73.5)	60.8	73.7	39.0
Aalborg	nej	59 / 94	0 (0)	62.8	(52.2-72.5)	83.0	76.5	68.3

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 91 % for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende stadielinformation. Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien. Der er ikke statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. For andre prognostiske faktorer findes ingen statistisk signifikant effekt.

Faglig klinisk kommentering

Som IIIa

Anbefalinger til Indikatorer

Som IIIa

Indikator IIIa2: Samlet varighed til operation – efter udredende sygehus

(Tærskelværdi 85%)

Table 3.1.29: Resultater for indikator IIIa2 for hele landet og efter udredende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	451 / 714	11 (1)	63.2	(59.5-66.7)	58.1	61.0	46.7
Hovedstaden	nej	128 / 191	5 (2)	67.0	(59.9-73.6)	44.9	51.3	40.3
Sjælland	nej	58 / 112	4 (3)	51.8	(42.1-61.3)	55.9	57.0	28.5
Syddanmark	nej	100 / 157	2 (1)	63.7	(55.7-71.2)	58.1	55.8	61.0
Midtjylland	nej	107 / 161	0 (0)	66.5	(58.6-73.7)	60.9	73.7	38.7
Nordjylland	nej	58 / 93	0 (0)	62.4	(51.7-72.2)	83.2	76.5	68.5
Hovedstaden	nej	128 / 191	5 (2)	67.0	(59.9-73.6)	44.9	51.3	40.3
Bispebjerg	nej	69 / 102	3 (2)	67.6	(57.7-76.6)	47.6	58.6	51.9
Gentofte	nej	59 / 89	2 (2)	66.3	(55.5-76.0)	41.8	43.6	33.6
Sjælland	nej	58 / 112	4 (3)	51.8	(42.1-61.3)	55.9	57.0	28.5
Næstved	nej	28 / 52	2 (3)	53.8	(39.5-67.8)	50.7	64.3	31.7
Roskilde	nej	30 / 60	2 (3)	50.0	(36.8-63.2)	64.4	45.9	21.3
Syddanmark	nej	100 / 157	2 (1)	63.7	(55.7-71.2)	58.1	55.8	61.0
Odense	nej	46 / 64	1 (1)	71.9	(59.2-82.4)	51.6	51.4	64.6
Sønderborg	nej	17 / 30	1 (3)	56.7	(37.4-74.5)	50.0	33.3	45.6
Vejle	nej	37 / 63	0 (0)	58.7	(45.6-71.0)	67.5	65.9	64.2
Midtjylland	nej	107 / 161	0 (0)	66.5	(58.6-73.7)	60.9	73.7	38.7
Aarhus	ja*	47 / 59	0 (0)	79.7	(67.2-89.0)	63.3	88.1	39.9
Holstebro	nej	23 / 38	0 (0)	60.5	(43.4-76.0)	42.9	65.4	40.6
Randers	nej	13 / 25	0 (0)	52.0	(31.3-72.2)	58.6	54.5	45.2
Silkeborg	ja*	11 / 13	0 (0)	84.6	(54.6-98.1)	70.0	50.0	28.7
Skive	nej	13 / 26	0 (0)	50.0	(29.9-70.1)	72.4	77.8	31.7
Nordjylland	nej	58 / 93	0 (0)	62.4	(51.7-72.2)	83.2	76.5	68.5
Aalborg	nej	58 / 93	0 (0)	62.4	(51.7-72.2)	83.2	76.5	68.5

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Silkeborg og Aarhus, som opfylder indikator på konfidensintervalniveau. Der er ikke statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne, dog er sandsynlighed for at vente længere på operation højere for patienter udredt i region Sjælland end for patienter udredt i region Hovedstaden.

Faglig klinisk kommentering

Som IIIa

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren synes fortsat relevant og realistisk at nå, hvilket dokumenteres af at det for enkelte afdelinger har været muligt at nå eller være tæt på målsætningen om 85% udredt og opereret indenfor 42 dage.

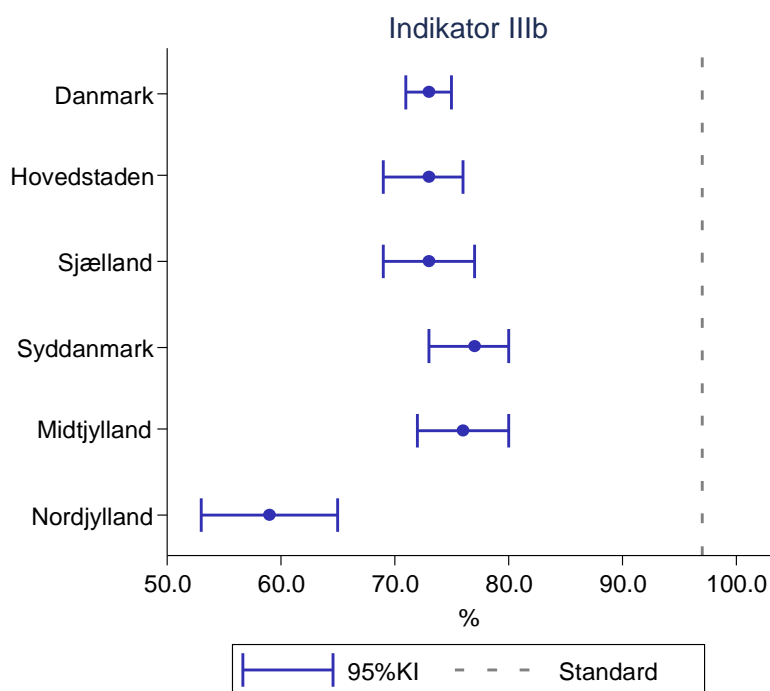
Indikator IIIb: Samlet varighed til onkologisk behandling

(Tærskelværdi 85%)

Tabel 3.1.30: Resultater for indikator IIIb for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1725 / 2347	24 (1)	73.5 (71.7-75.3)	77.9	76.2	67.1	
Hovedstaden	nej	471 / 640	10 (1)	73.6 (70.0-77.0)	70.4	77.3	68.3	
Sjælland	nej	315 / 427	4 (0)	73.8 (69.3-77.9)	74.3	67.5	64.2	
Syddanmark	nej	436 / 562	5 (0)	77.6 (73.9-81.0)	84.8	78.1	74.2	
Midtjylland	nej	337 / 441	3 (0)	76.4 (72.2-80.3)	83.6	81.6	62.9	
Nordjylland	nej	162 / 272	2 (0)	59.6 (53.5-65.4)	74.8	71.5	62.6	

Figur 3.1.31: Resultater for indikator IIIb for hele landet og efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er på 92 % opgjort ud fra bopælsregion. Ingen af regioner opfylder indikatoren.

Faglig klinisk kommentering

De opnåede resultater generelt meget tættere på tærskelværdien, end det var tilfældet for den kirurgiske behandling, men der er desværre ingen bedring at spore, nærmere tværtimod. RN ser ud til at have de største problemer ift. målopfyldelsen, men har nu ændret arbejdsgang i forhold til iværksættelse af behandling. Start på udredning er i 2013 ændret i den nye DNKK-algoritme, hvorfor man ikke kan sammenligne med tidligere udgivne rapporter.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren synes fortsat relevant og realistisk at nå.

Indikator IIIb1: Samlet varighed til onkologisk behandling – efter behandlende sygehus
(Tærskelværdi 85%)

Tabel 3.1.32: Resultater for Indikator IIIb1 for hele landet og efter behandlende sygehus

Enhed	Std. 95%	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	opfyldt			2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1725 / 2347	24 (1)	73.5	(71.7-75.3)	77.9	76.2	62.6
Hovedstaden	nej	514 / 708	11 (1)	72.6	(69.2-75.9)	68.7	72.9	62.0
Sjælland	nej	272 / 346	1 (0)	78.6	(73.9-82.8)	80.8	73.4	66.0
Syddanmark	nej	464 / 607	7 (1)	76.4	(72.9-79.8)	83.4	79.3	70.7
Midtjylland	nej	312 / 420	5 (1)	74.3	(69.8-78.4)	83.2	79.9	53.7
Nordjylland	nej	163 / 266	0 (0)	61.3	(55.1-67.2)	75.5	74.7	56.4
Hovedstaden	nej	514 / 708	11 (1)	72.6	(69.2-75.9)	68.7	72.9	62.0
Bornholm	ja*	7 / 10	0 (0)	70.0	(34.8-93.3)	94.7	100.0	.
Herlev	nej	220 / 280	6 (2)	78.6	(73.3-83.2)	77.5	79.6	61.5
Hillerød	ja	66 / 73	0 (0)	90.4	(81.2-96.1)	89.1	91.8	80.2
Rigshospitalet	nej	221 / 345	5 (1)	64.1	(58.7-69.1)	51.4	56.0	55.0
Sjælland	nej	272 / 346	1 (0)	78.6	(73.9-82.8)	80.8	73.4	66.0
Næstved	ja*	172 / 214	1 (0)	80.4	(74.4-85.5)	75.7	72.5	71.8
Roskilde	nej	100 / 132	0 (0)	75.8	(67.5-82.8)	86.9	74.6	58.1
Syddanmark	nej	464 / 607	7 (1)	76.4	(72.9-79.8)	83.4	79.3	70.7
Odense	nej	304 / 408	5 (1)	74.5	(70.0-78.7)	77.8	73.2	64.7
Sønderborg	ja	18 / 20	0 (0)	90.0	(68.3-98.8)	100.0	95.8	.
Vejle	nej	142 / 179	2 (1)	79.3	(72.7-85.0)	90.2	85.2	77.5
Midtjylland	nej	312 / 420	5 (1)	74.3	(69.8-78.4)	83.2	79.9	53.7
Herning	ja	101 / 115	1 (0)	87.8	(80.4-93.2)	93.1	89.1	81.0
Aarhus	nej	211 / 305	4 (1)	69.2	(63.7-74.3)	81.5	78.9	51.3
Nordjylland	nej	163 / 266	0 (0)	61.3	(55.1-67.2)	75.5	74.7	56.4
Aalborg	nej	163 / 266	0 (0)	61.3	(55.1-67.2)	75.5	74.7	56.4

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 92% for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende stadiet information. Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Hillerød, Sønderborg og Herning. Bornholm opfylder indikator på konfidensintervalniveau.

De justerende analyser baserede på det sidste rapporterings år viser:

Høj alder er forbundet med statistisk signifikant reduceret sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Stadiet har en effekt som forventet. Højt niveau af komorbiditet er forbundet med væsentligt reduceret sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. Sandsynlighed for at vente længere på onkologisk behandling er højere for patienter udredt i region Nordjylland i forhold til Hovedstaden.

Faglig klinisk kommentering

Der bemærkes meget betydelig spredning mellem afdelinger mht opnåede resultater - fra over 90 % til kun 61,3% for Aalborg Sygehus. Spredningen er dog lidt mindre udtalt end tidligere med reduktion af de dårligste resultater. Kommentarer i øvrigt som under IIIb.

Anbefalinger til Indikatorer

Som for IIIb.

Indikator IIIb2: Samlet varighed til onkologisk behandling – efter udredende sygehus
(Tærskelværdi 85%)

Table 3.1.33: Resultater for Indikator IIIb2, for hele landet og per udredende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1725 / 2347	24 (1)	73.5	(71.7-75.3)	77.9	76.2	62.6
Hovedstaden	nej	474 / 646	10 (1)	73.4	(69.8-76.7)	70.4	77.0	63.0
Sjælland	nej	316 / 426	4 (0)	74.2	(69.7-78.3)	74.1	67.6	61.1
Syddanmark	nej	460 / 587	5 (0)	78.4	(74.8-81.6)	84.4	78.8	71.7
Midtjylland	nej	312 / 417	3 (0)	74.8	(70.4-78.9)	84.5	81.4	54.4
Nordjylland	nej	163 / 271	2 (0)	60.1	(54.0-66.0)	74.9	71.3	55.7
Hovedstaden	nej	474 / 646	10 (1)	73.4	(69.8-76.7)	70.4	77.0	63.0
Bispebjerg	nej	219 / 331	5 (1)	66.2	(60.8-71.2)	61.7	73.5	61.6
Gentofte	ja*	255 / 315	5 (1)	81.0	(76.2-85.1)	79.9	80.6	63.9
Sjælland	nej	316 / 426	4 (0)	74.2	(69.7-78.3)	74.1	67.6	61.1
Næstved	nej	192 / 240	1 (0)	80.0	(74.4-84.9)	73.1	66.8	64.2
Roskilde	nej	124 / 186	3 (1)	66.7	(59.4-73.4)	75.1	68.6	53.0
Syddanmark	nej	460 / 587	5 (0)	78.4	(74.8-81.6)	84.4	78.8	71.7
Odense	ja*	224 / 272	2 (0)	82.4	(77.3-86.7)	80.5	77.0	72.6
Sønderborg	nej	90 / 121	1 (0)	74.4	(65.6-81.9)	89.7	72.1	59.5
Vejle	nej	146 / 194	2 (1)	75.3	(68.6-81.2)	85.6	83.5	76.0
Midtjylland	nej	312 / 417	3 (0)	74.8	(70.4-78.9)	84.5	81.4	54.4
Aarhus	nej	89 / 121	0 (0)	73.6	(64.8-81.2)	84.7	86.8	55.8
Holstebro	ja*	110 / 137	2 (1)	80.3	(72.6-86.6)	80.6	73.5	51.1
Randers	ja*	55 / 65	0 (0)	84.6	(73.5-92.4)	85.4	81.7	57.0
Silkeborg	nej	13 / 23	0 (0)	56.5	(34.5-76.8)	85.7	83.6	50.6
Skive	nej	45 / 71	1 (1)	63.4	(51.1-74.5)	88.9	80.0	55.1
Nordjylland	nej	163 / 271	2 (0)	60.1	(54.0-66.0)	74.9	71.3	55.7
Aalborg	nej	163 / 271	2 (0)	60.1	(54.0-66.0)	74.9	71.3	55.7

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Gentofte, Odense, Holstebro og Randers, som opfylder indikator på konfidensintervalniveau. Andet som for Indikator IIIb1.

Faglig klinisk kommentering

Som for indikator IIIb.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren synes fortsat relevant og realistisk at nå.

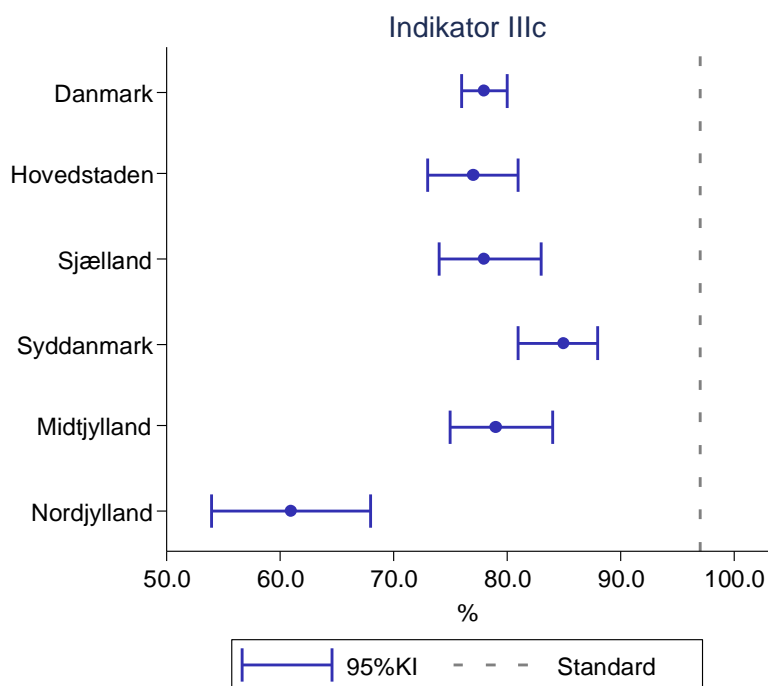
Indikator IIIc: Samlet varighed til kemoterapi

(Tærskelværdi 85 %)

Tabel 3.1.34: Resultater for indikator IIIc for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1301 / 1660	10 (0)	78.4	(76.3-80.3)	82.3	80.1	71.0
Hovedstaden	nej	353 / 453	7 (1)	77.9	(73.8-81.7)	74.2	83.1	71.2
Sjælland	nej	263 / 333	1 (0)	79.0	(74.2-83.2)	81.6	71.6	66.6
Syddanmark	ja	304 / 357	1 (0)	85.2	(81.0-88.7)	91.5	81.6	78.3
Midtjylland	nej	263 / 329	1 (0)	79.9	(75.2-84.1)	85.7	84.8	67.1
Nordjylland	nej	114 / 184	0 (0)	62.0	(54.5-69.0)	76.9	76.0	71.5

Figur 3.1.35: Resultater for indikator IIIc for hele landet og efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er på 92 % opgjort ud fra bopælsregion. Syddanmark opfylder indikatoren.

Faglig klinisk kommentering

Samlet opfyldes indikatoren ikke. RN ser ud til at have de største problemer ift målopfyldelsen, men har som tidligere anført nu ændret arbejdsgang i forhold til iværksættelse af behandling.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes relevant og realistisk opnåelig i og med at nogle afdelinger/regioner viser, at det kan lade sig gøre.

Indikator IIIc1: Samlet varighed til kemoterapi – efter behandlende sygehus

(Tærskelværdi 85 %)

Tabel 3.1.36: Resultater for indikator IIIc1 for hele landet og efter behandlende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1301 / 1660	10 (0)	78.4	(76.3-80.3)	82.3	80.1	66.5
Hovedstaden	nej	361 / 467	7 (1)	77.3	(73.2-81.0)	74.2	79.8	65.8
Sjælland	nej	258 / 323	1 (0)	79.9	(75.1-84.1)	82.3	73.7	65.9
Syddanmark	nej	324 / 377	1 (0)	85.9	(82.0-89.3)	90.9	82.5	74.1
Midtjylland	nej	243 / 308	1 (0)	78.9	(73.9-83.3)	86.0	85.5	57.0
Nordjylland	nej	115 / 185	0 (0)	62.2	(54.8-69.2)	76.8	77.8	66.6
Hovedstaden	nej	361 / 467	7 (1)	77.3	(73.2-81.0)	74.2	79.8	65.8
Bornholm	ja*	7 / 10	0 (0)	70.0	(34.8-93.3)	94.7	100.0	.
Herlev	nej	156 / 200	5 (2)	78.0	(71.6-83.5)	79.8	82.8	62.8
Hillerød	ja	66 / 73	0 (0)	90.4	(81.2-96.1)	89.1	91.8	80.1
Rigshospitalet	nej	132 / 184	2 (1)	71.7	(64.6-78.1)	56.2	68.2	61.0
Sjælland	nej	258 / 323	1 (0)	79.9	(75.1-84.1)	82.3	73.7	65.9
Næstved	ja*	158 / 191	1 (0)	82.7	(76.6-87.8)	78.1	72.9	71.8
Roskilde	nej	100 / 132	0 (0)	75.8	(67.5-82.8)	86.9	74.6	58.1
Syddanmark	ja	324 / 377	1 (0)	85.9	(82.0-89.3)	90.9	82.5	74.1
Odense	ja	181 / 210	0 (0)	86.2	(80.8-90.6)	87.1	78.2	67.4
Sønderborg	ja	17 / 19	0 (0)	89.5	(66.9-98.7)	100.0	100.0	.
Vejle	ja	126 / 148	1 (0)	85.1	(78.4-90.4)	93.9	84.5	79.5
Midtjylland	nej	243 / 308	1 (0)	78.9	(73.9-83.3)	86.0	85.5	57.0
Herning	ja	101 / 115	1 (0)	87.8	(80.4-93.2)	93.1	89.1	80.8
Aarhus	nej	142 / 193	0 (0)	73.6	(66.8-79.6)	83.6	84.7	53.7
Nordjylland	nej	115 / 185	0 (0)	62.2	(54.8-69.2)	76.8	77.8	66.6
Aalborg	nej	115 / 185	0 (0)	62.2	(54.8-69.2)	76.8	77.8	66.6

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 92 % for den statistiske analyse. Indikatorværdierne i 2013 ligger under tærskelværdien, på nær for Hillerød, Odense, Sønderborg og Herning. Bornholm, Næstved og Vejle opfylder indikatoren på konfidensintervalniveau.

De justerende analyser baserende på det sidste rapporterings år viser:

Høj alder er forbundet med statistisk signifikant reduceret sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. Stadie har en effekt som forventet. Sandsynlighed for at vente længere på kemoterapi er højere for patienter udredt i region Nordjylland i forhold til Hovedstaden.

Faglig klinisk kommentering

Tærskelværdien opfyldt for mere halvdelen af de behandlende afdelinger, og selvom resultatet på landsplan er under tærskelværdien, så er resultater altså for en række afdelinger over tærskelværdien

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes relevant og realistisk opnåelig.

Indikator IIIc2: Samlet varighed til kemoterapi – efter udredende sygehus
(Tærskelværdi 85%)

Tabel 3.1.37 Resultater for indikator IIIc2 for hele landet og efter udredende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	1301 / 1660	10 (0)	78.4	(76.3-80.3)	82.3	80.1	66.5
Hovedstaden	nej	355 / 457	7 (1)	77.7	(73.6-81.4)	74.2	82.7	66.3
Sjælland	nej	264 / 332	1 (0)	79.5	(74.8-83.7)	81.5	71.8	63.6
Syddanmark	ja	324 / 376	1 (0)	86.2	(82.3-89.5)	91.3	81.7	75.3
Midtjylland	nej	242 / 310	1 (0)	78.1	(73.0-82.5)	85.9	85.4	57.5
Nordjylland	nej	116 / 185	0 (0)	62.7	(55.3-69.7)	76.8	75.8	65.5
Hovedstaden	nej	355 / 457	7 (1)	77.7	(73.6-81.4)	74.2	82.7	66.3
Bispebjerg	nej	161 / 221	3 (1)	72.9	(66.5-78.6)	67.2	80.0	66.7
Gentofte	ja*	194 / 236	4 (1)	82.2	(76.7-86.9)	81.9	85.5	65.5
Sjælland	nej	264 / 332	1 (0)	79.5	(74.8-83.7)	81.5	71.8	63.6
Næstved	ja*	163 / 195	1 (0)	83.6	(77.6-88.5)	78.7	71.2	67.0
Roskilde	nej	101 / 137	0 (0)	73.7	(65.5-80.9)	84.6	72.5	54.5
Syddanmark	ja	324 / 376	1 (0)	86.2	(82.3-89.5)	91.3	81.7	75.3
Odense	ja	136 / 157	0 (0)	86.6	(80.3-91.5)	88.7	79.8	75.8
Sønderborg	ja	61 / 69	0 (0)	88.4	(78.4-94.9)	90.3	75.0	65.2
Vejle	ja*	127 / 150	1 (0)	84.7	(77.9-90.0)	93.7	85.6	78.2
Midtjylland	nej	242 / 310	1 (0)	78.1	(73.0-82.5)	85.9	85.4	57.5
Aarhus	nej	63 / 83	0 (0)	75.9	(65.3-84.6)	85.6	90.2	56.7
Holstebro	ja*	93 / 112	1 (0)	83.0	(74.8-89.5)	83.8	78.2	55.6
Randers	ja	42 / 46	0 (0)	91.3	(79.2-97.6)	84.2	86.4	62.6
Silkeborg	nej	10 / 16	0 (0)	62.5	(35.4-84.8)	89.3	90.9	55.3
Skive	nej	34 / 53	0 (0)	64.2	(49.8-76.9)	91.7	75.0	56.1
Nordjylland	nej	116 / 185	0 (0)	62.7	(55.3-69.7)	76.8	75.8	65.5
Aalborg	nej	116 / 185	0 (0)	62.7	(55.3-69.7)	76.8	75.8	65.5

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Odense, Sønderborg og Randers. Gentofte, Næstved, Vejle og Holstebro opfylder indikator på konfidensintervalniveau. Andet som for Indikator IIIc1.

Faglig klinisk kommentering

Som for IIIb2. Det kan endvidere bemærkes, at der indenfor Region Midt er betydelig variation mellem udredende afdelingers resultater.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes relevant og realistisk opnåelig.

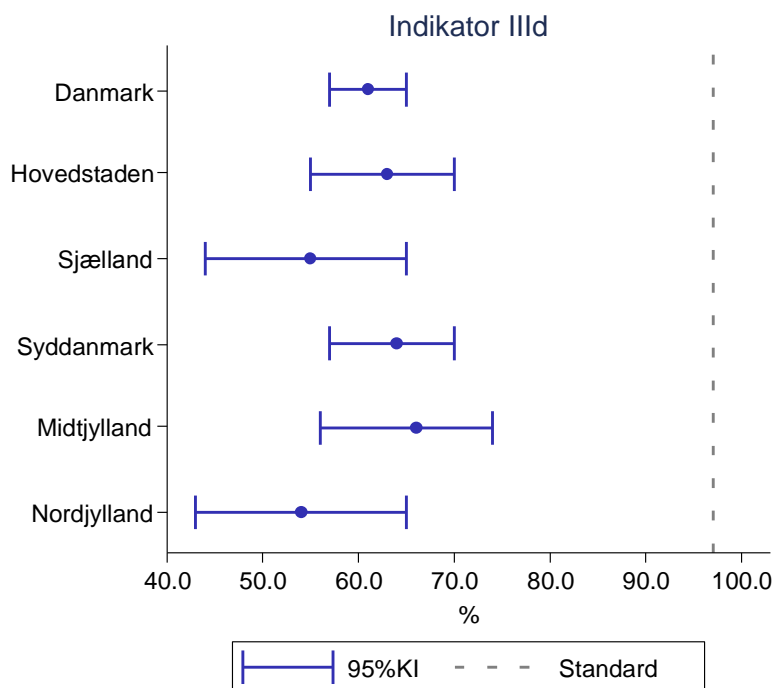
Indikator IIIId: Samlet varighed til stråleterapi

(Tærskelværdi 85 %)

Tabel 3.1.38: Resultater for indikator IIIId for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	424 / 687	14 (2)	61.7	(58.0-65.4)	68.0	68.0	57.5
Hovedstaden	nej	118 / 187	3 (1)	63.1	(55.8-70.0)	60.9	61.7	58.8
Sjælland	nej	52 / 94	3 (3)	55.3	(44.7-65.6)	43.9	46.7	52.4
Syddanmark	nej	132 / 205	4 (1)	64.4	(57.4-70.9)	71.4	71.7	66.3
Midtjylland	nej	74 / 112	2 (1)	66.1	(56.5-74.7)	79.9	77.1	54.4
Nordjylland	nej	48 / 88	2 (2)	54.5	(43.6-65.2)	71.0	66.4	47.9

Figur 3.1.39: Resultater for indikator IIIId for hele landet og efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er på 90 % niveau opgjort ud fra bopælsregion. Ingen af regionerne opfylder indikatoren.

Faglig klinisk kommentering

På landplan desværre ikke tegn på forbedring af resultaterne.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes fortsat relevant og realistisk opnåelig.

Indikator IIIId1: Samlet varighed til stråleterapi - efter behandlende sygehus
(Tærskelværdi 85 %)

Tabel 3.1.40: Resultater for indikator IIIId1 for hele landet og efter behandlende sygehus

Enhed	Std. 95%	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	opfyldt			2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	424 / 687	14 (2)	61.7	(58.0-65.4)	68.0	68.0	53.8
Hovedstaden	nej	153 / 241	4 (1)	63.5	(57.1-69.6)	57.7	56.4	53.4
Sjælland	nej	14 / 23	0 (0)	60.9	(38.5-80.3)	50.0	69.6	68.8
Syddanmark	nej	140 / 230	6 (2)	60.9	(54.2-67.2)	68.6	73.5	63.9
Midtjylland	nej	69 / 112	4 (3)	61.6	(51.9-70.6)	79.1	72.7	47.4
Nordjylland	nej	48 / 81	0 (0)	59.3	(47.8-70.1)	72.8	70.7	42.9
Hovedstaden	nej	153 / 241	4 (1)	63.5	(57.1-69.6)	57.7	56.4	53.4
Herlev	ja*	64 / 80	1 (1)	80.0	(69.6-88.1)	73.1	74.4	59.3
Rigshospitalet	nej	89 / 161	3 (1)	55.3	(47.3-63.1)	45.4	29.6	43.1
Sjælland	nej	14 / 23	0 (0)	60.9	(38.5-80.3)	50.0	69.6	.
Næstved	nej	14 / 23	0 (0)	60.9	(38.5-80.3)	50.0	69.6	.
Syddanmark	nej	140 / 230	6 (2)	60.9	(54.2-67.2)	68.6	73.5	63.9
Odense	nej	123 / 198	5 (2)	62.1	(55.0-68.9)	65.7	67.2	60.9
Sønderborg	ja	1 / 1	0 (0)	100.0	(2.5-100.0)	.	75.0	.
Vejle	nej	16 / 31	1 (3)	51.6	(33.1-69.8)	77.2	87.3	71.7
Midtjylland	nej	69 / 112	4 (3)	61.6	(51.9-70.6)	79.1	72.7	47.4
Aarhus	nej	69 / 112	4 (3)	61.6	(51.9-70.6)	79.1	72.7	47.4
Nordjylland	nej	48 / 81	0 (0)	59.3	(47.8-70.1)	72.8	70.7	42.9
Aalborg	nej	48 / 81	0 (0)	59.3	(47.8-70.1)	72.8	70.7	42.9

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 90 % for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende stadiet information. Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Sønderborg, men her dog også kun én patient. Herlev opfylder indikatoren på konfidensintervalniveau.

De justerende analyser baserende på det sidste rapporterings år viser:

Høj alder og lav stadiet er forbundet med reduceret sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Der er ikke statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne.

Faglig klinisk kommentering

Som for IIIId

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren vurderes fortsat relevant og realistisk opnåelig.

Indikator IIIId2: Samlet varighed til stråleterapi - efter udredende sygehus

(Tærskelværdi 85 %)

Tabel 3.1.41: Resultater for indikator IIIId2 for hele landet og efter udredende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	nej	424 / 687	14 (2)	61.7	(58.0-65.4)	68.0	68.0	53.8
Hovedstaden	nej	119 / 189	3 (1)	63.0	(55.7-69.9)	60.7	61.7	54.7
Sjælland	nej	52 / 94	3 (3)	55.3	(44.7-65.6)	43.2	46.7	47.1
Syddanmark	nej	136 / 211	4 (1)	64.5	(57.6-70.9)	70.2	73.4	64.6
Midtjylland	nej	70 / 107	2 (1)	65.4	(55.6-74.4)	82.1	76.1	48.6
Nordjylland	nej	47 / 86	2 (2)	54.7	(43.5-65.4)	71.3	65.7	42.0
Hovedstaden	nej	119 / 189	3 (1)	63.0	(55.7-69.9)	60.7	61.7	54.7
Bispebjerg	nej	58 / 110	2 (1)	52.7	(43.0-62.3)	47.9	54.4	48.7
Gentofte	ja*	61 / 79	1 (1)	77.2	(66.4-85.9)	74.7	68.2	60.5
Sjælland	nej	52 / 94	3 (3)	55.3	(44.7-65.6)	43.2	46.7	47.1
Næstved	nej	29 / 45	0 (0)	64.4	(48.8-78.1)	47.4	48.7	47.8
Roskilde	nej	23 / 49	3 (6)	46.9	(32.5-61.7)	39.5	42.9	45.5
Syddanmark	nej	136 / 211	4 (1)	64.5	(57.6-70.9)	70.2	73.4	64.6
Odense	nej	88 / 115	2 (1)	76.5	(67.7-83.9)	68.9	72.5	67.3
Sønderborg	nej	29 / 52	1 (1)	55.8	(41.3-69.5)	87.9	68.5	51.6
Vejle	nej	19 / 44	1 (2)	43.2	(28.3-59.0)	64.6	78.3	69.4
Midtjylland	nej	70 / 107	2 (1)	65.4	(55.6-74.4)	82.1	76.1	48.6
Aarhus	nej	26 / 38	0 (0)	68.4	(51.3-82.5)	83.8	82.9	54.5
Holstebro	ja*	17 / 25	1 (4)	68.0	(46.5-85.1)	71.4	69.0	41.5
Randers	ja*	13 / 19	0 (0)	68.4	(43.4-87.4)	87.2	68.8	44.8
Silkeborg	nej	3 / 7	0 (0)	42.9	(9.9-81.6)	78.6	64.7	41.7
Skive	nej	11 / 18	1 (5)	61.1	(35.7-82.7)	83.3	85.2	53.2
Nordjylland	nej	47 / 86	2 (2)	54.7	(43.5-65.4)	71.3	65.7	42.0
Aalborg	nej	47 / 86	2 (2)	54.7	(43.5-65.4)	71.3	65.7	42.0

Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 90 % for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende stadiet information. Indikatorværdierne ligger under tærskelværdien, på nær for Gentofte, Holstebro og Randers, som opfylder indikator på konfidensintervalniveau. Andet som for Indikator IIIId1.

Faglig klinisk kommentering

Som for IIIId.

Anbefalinger til Indikatorer

Indikatoren synes fortsat relevant og realistisk at nå.

Indikatorområde IV: Stadieklassifikation

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

Indikatorens berettigelse ligger i, at korrekt stadieklassificering ved UDREDNING er afgørende for beslutning om efterfølgende behandling. Der tilstræbes maksimal overensstemmelse, med **85 %** overensstemmelse (defineret algoritmisk af DLCG) som tærskelværdi.

I kvantificeringen af indikatoren indgår pr. definition kun patienter, der har registreringer for både udredning og kirurgisk indsats.

Indikatoren stratificeres primært efter region (i henhold til udredende sygehus), henholdsvis udredende afdeling.

Faktorer af primær interesse for vurderinger af variation:

- Region med reference til udredende sygehus, henholdsvis udredende afdeling
- Tidspunkt for først registrerede operation
- Komorbiditet estimeret ved Charlson Index
- Klinisk stadié

Justeringsfaktorer:

- Alder ved først registrerede operation
- Køn

I justeringen for alder anvendes alder i dekader, og der skaleres ved at sætte alder 68 år (sv.t. gennemsnitlig diagnosealder i hele patientpopulationen) lig 0.

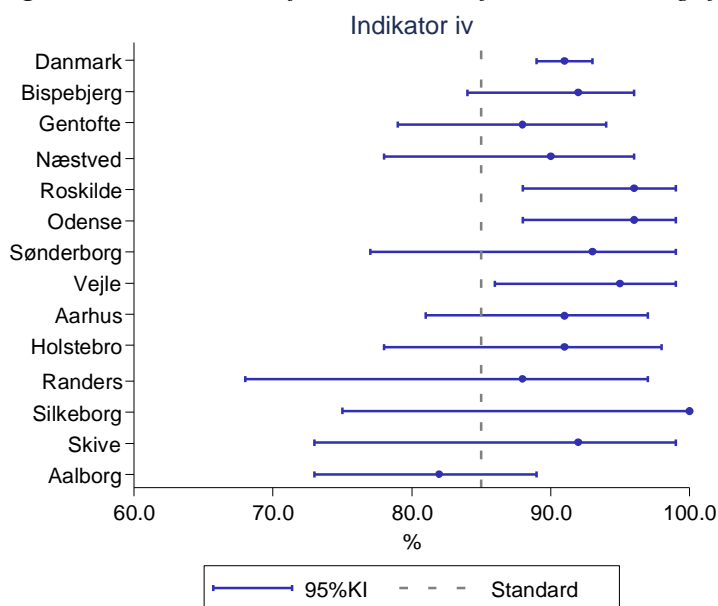
Der henvises til Appendiks 8.2 'Statistisk analyse af hver enkelt indikator' hvad angår de detaljerede resultater af den statistiske analyse.

Indikator IV: Antal patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM
(Tærskelværdi 85 %)

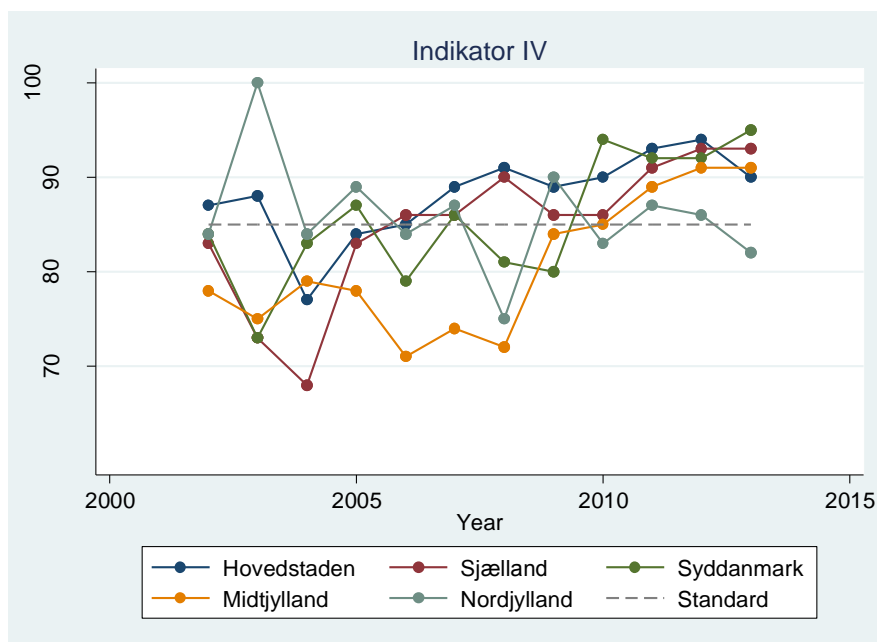
Tabel 3.1.42: Resultater for indikator IV for hele landet og efter udredende sygehus

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	ja	646 / 707	18 (2)	91.4	(89.1-93.3)	92.1	91.3	83.5
Hovedstaden	ja	169 / 187	9 (4)	90.4	(85.2-94.2)	94.2	93.2	87.7
Sjælland	ja	105 / 112	4 (3)	93.8	(87.5-97.5)	94.0	91.4	83.8
Syddanmark	ja	149 / 156	3 (1)	95.5	(91.0-98.2)	92.2	92.3	84.5
Midtjylland	ja	146 / 159	2 (1)	91.8	(86.4-95.6)	91.7	89.8	78.2
Nordjylland	ja*	77 / 93	0 (0)	82.8	(73.6-89.8)	86.0	87.7	84.6
Hovedstaden	ja	169 / 187	9 (4)	90.4	(85.2-94.2)	94.2	93.2	87.7
Bispebjerg	ja	93 / 101	4 (3)	92.1	(85.0-96.5)	93.1	93.8	89.3
Gentofte	ja	76 / 86	5 (5)	88.4	(79.7-94.3)	95.5	92.5	86.9
Sjælland	ja	105 / 112	4 (3)	93.8	(87.5-97.5)	94.0	91.4	83.8
Næstved	ja	47 / 52	2 (3)	90.4	(79.0-96.8)	94.4	89.7	82.0
Roskilde	ja	58 / 60	2 (3)	96.7	(88.5-99.6)	93.3	94.3	88.0
Syddanmark	ja	149 / 156	3 (1)	95.5	(91.0-98.2)	92.2	92.3	84.5
Odense	ja	61 / 63	2 (3)	96.8	(89.0-99.6)	90.3	91.2	87.4
Sønderborg	ja	28 / 30	1 (3)	93.3	(77.9-99.2)	90.0	86.7	83.9
Vejle	ja	60 / 63	0 (0)	95.2	(86.7-99.0)	94.8	94.9	82.4
Midtjylland	ja	146 / 159	2 (1)	91.8	(86.4-95.6)	91.7	89.8	78.2
Aarhus	ja	54 / 59	0 (0)	91.5	(81.3-97.2)	93.3	88.1	78.6
Holstebro	ja	34 / 37	1 (2)	91.9	(78.1-98.3)	92.9	96.2	80.7
Randers	ja	22 / 25	0 (0)	88.0	(68.8-97.5)	96.6	90.9	80.2
Silkeborg	ja	13 / 13	0 (0)	100.0	(75.3-100)	80.0	66.7	68.4
Skive	ja	23 / 25	1 (4)	92.0	(74.0-99.0)	86.2	100.0	76.5
Nordjylland	ja*	77 / 93	0 (0)	82.8	(73.6-89.8)	86.0	87.7	84.6
Aalborg	ja*	77 / 93	0 (0)	82.8	(73.6-89.8)	86.0	87.7	84.6

Figur 3.1.43: Resultater for indikator IV for hele landet og efter udredende sygehus



Figur 3.1.44: Trenden for indikator IV efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er på 96 % for den statistiske analyse. Datamanglen skyldes overvejende manglende data vedr. stadietklassifikation. Indikatorniveauet er over tærskelværdien for alle afdelinger, på nær Aalborg hvor indikatoren er opfyldt på konfidenceintervalniveau.

De justerende analyser baserende på de to sidste rapporterings år viser:

Der er en statistisk signifikant stigende tendens. Hverken alder, køn eller komorbiditet har prognostisk effekt. Patienter med stadie II og IV har lavere sandsynlighed for at opnå overensstemmelse end patienter med stadie I. Der er statistisk evidens for heterogenitet hvad angår regioner. Sandsynlighed for overensstemmelse er statistisk signifikant lavere for Nordjylland i forhold til Hovedstaden.

Faglig klinisk kommentering

Tærskelværdien er opfyldt for alle udredende afdelinger, dog for Aalborg på konfidensintervalniveau.

Herudover ses en klar konvergens af resultater som udtryk for mere ens udredningskvalitet i regionerne.

Det skal bemærkes, at definitionen for om der er klinisk relevant diskordans mellem cTNM og pTNM fra og med 2012 er ændret, idet et skift fra T2 til T3 ikke medregnes som klinisk betydende i den forstand, at en præoperativ erkendelse af T3 ikke i sig selv ville ændre beslutning om operation. Denne ændrede definition ført tilbage i tiden, således at det ses, at overensstemmelsesniveauet også tilbage i tiden aktuelt er opgjort til et bedre niveau end i tidligere rapporter.

Anbefalinger til Indikatorer

Med den ændrede definition af klinisk betydende uoverensstemmelse mellem cTNM og pTNM opjusteres tærskelværdien til 90 %.

Indikatorområde V: Resektionsrate

Indikatoren kvantificerer i hvilken udstrækning, der er foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb).

Indikatorens berettigelse ligger i, at operation for primær lungecancer må anses for en forudsætning for effektiv behandling og dermed bedret prognose. Højt kvalitetsniveau i indsatsen mod primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet at det er relevant at tilbyde operativ behandling. Som tærskelværdi er fastlagt en resektionsrate på 20 %.

I kvantificeringen af indikatoren indgår alle patienter efter diagnoseår. Indikatoren begrænses til forløb med patologikonklusion svarende til non small cell lung cancer. Indikatoren belyses pr. definition kun for patienter, der har registreringer for både udredning og kirurgisk indsats.

Indikatoren stratificeres primært efter region svarende til opererende sygehus.

Faktorer af primær interesse for vurderinger af variation:

- Region med reference til opererende sygehus
- Årstal for diagnose (kun tilfælde diagnosticeret fra og med år 2007)
- Komorbiditet estimeret ved Charlson Index
- Klinisk stadie

Justeringsfaktorer:

- Alder ved diagnose
- Køn

I justeringen for alder anvendes alder i dekader, og der skaleres ved at sætte alder 68 år (sv.t. gennemsnitlig diagnosealder i hele patientpopulationen) lig 0.

Der henvises til Appendiks 8.2 'Statistisk analyse af hver enkelt indikator' hvad angår de detaljerede resultater af den statistiske analyse.

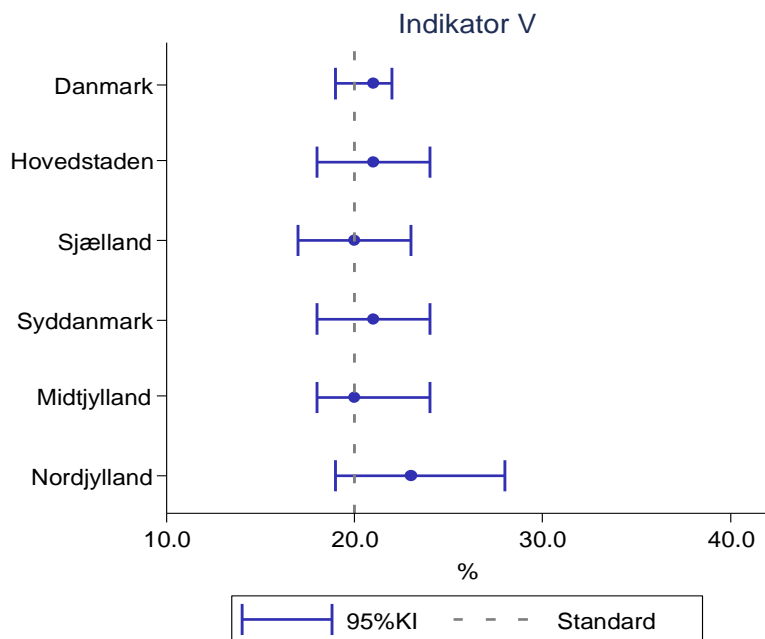
Indikator V: Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion

(Tærskelværdi 20 %)

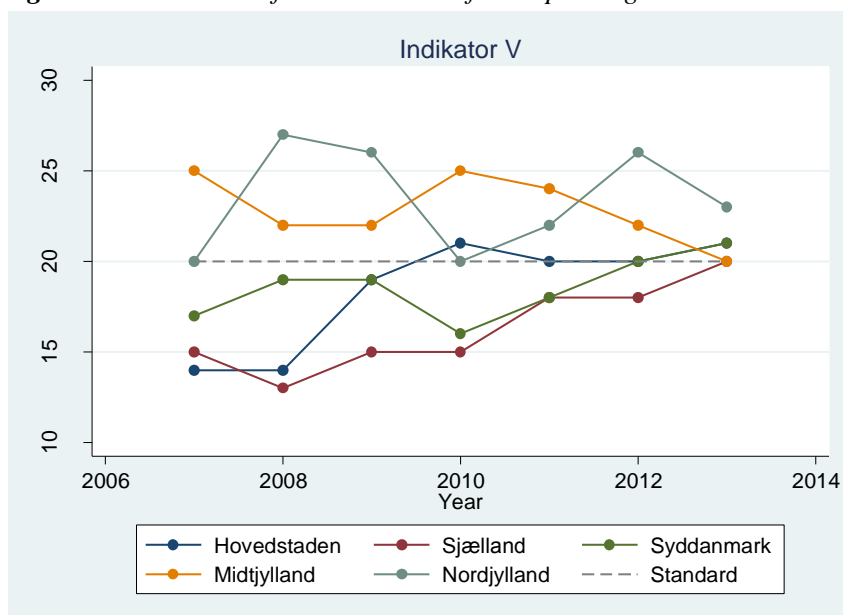
Tabel 3.1.45: Resultater for Indikator V for hele landet og efter bopælsregion

Enhed	Std. 95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst Antal(%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2013	2012	2011	2010-2003	
Danmark	ja	729 / 3430	251 (7)	21.3 (19.9-22.7)	21.2	20.9	19.3	
Hovedstaden	ja	194 / 914	69 (7)	21.2 (18.6-24.0)	20.7	20.6	17.3	
Sjælland	ja	119 / 588	41 (6)	20.2 (17.1-23.7)	18.1	18.6	14.7	
Syddanmark	ja	168 / 796	59 (7)	21.1 (18.3-24.1)	20.6	18.0	18.2	
Midtjylland	ja	151 / 722	63 (8)	20.9 (18.0-24.1)	22.4	24.5	23.9	
Nordjylland	ja	96 / 404	17 (4)	23.8 (19.7-28.2)	26.9	22.9	23.8	

Figur 3.1.46: Resultater for indikator V for hele landet og efter bopælsregion



Figur 3.1.47: Trenden for indikator V efter bopælsregion



Klinisk epidemiologisk/biostatistisk kommentering

Datakompletheden er 92 %, for den statistiske analyse. Indikatoren er opfyldt for alle regioner. De justerede analyser baserede på to sidste rapporterings år viser: Patienter med høj alder, højt stadie og komorbiditet har reduceret resektionsrate. Der er evidens for statistisk signifikant forskel regionerne imellem (efter patientbopæl). Sandsynlighed for resektion er statistisk signifikant lavere for Sjælland, Syddanmark og Nordjylland i forhold til Hovedstaden.

Faglig klinisk kommentering

Pga. opgørelsesmetoden er der ufuldstændig opgørelse af de opererede patienter, da de patienter, som medtages i opgørelsen, skal være diagnosticeret i 2013, men en andel af disse patienter opereres først i januar 2014 og bliver derved ikke medtalt som resecerede patienter i en opgørelse over det seneste år. Det skønnes at resektionsraten for 2013 kan være underestimeret. De 'manglende' patienter vil blive medtalt i opgørelsen det efterfølgende år, som derved vil give et retvisende resultat. Men overordnet er der for 2013 meget lille variation mellem regioner, hvilket tyder på ensartede vurderinger af operabilitet.

Anbefalinger til Indikatorer

Det må overvejes, om man fremadrettet skal ændre opgørelsesmetoden for resektionsraten.

4.0 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 45.000 patientforløb, og i dag omfatter registeret således 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 90'erne var der 3300-3400 nye tilfælde af lungecancer om året, og man forventede, at dette tal ville stige til 4400 i år 2010. Desuden forventede man, at langt flere kvinder end mænd ville få lungekræft. 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. Udviklingen har siden vist, at disse prognoser kom til at holde stik. På denne baggrund etablerede man i 1992 Dansk Lunge Cancer Gruppe, som var og stadig er en tværfaglig og -sektoriel 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. Siden er dette referenceprogram revideret flere gange – senest i 2010. I samme moment besluttede Dansk Lunge Cancer Gruppe, at der var behov for at udvikle et register, der kunne registrere al aktivitet omkring diagnostik og behandling af lungecancerpatienter. Odense Universitetshospital blev udset til at være tovholder for udviklingen af det nye register.

Registerdata via Internet

Dansk Lunge Cancer Register (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 Patobanken, Cancerregisteret m.fl..

Registeret blev bygget op omkring en central database, som aktuelt er placeret i hos CSC Scandihealth A/S, der 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.

DLCR har i hele forløbet arbejdet tæt sammen med Kvalitetsafdelingen på Odense Universitetshospital. Et samarbejde, der med dannelsen af Kompetencecenter Syd i 2006, blev yderligere styrket, da centeret hurtigt kunne tilføjer DLCR en lang række kompetencer inden for epidemiologi, statistik og administration. Kompetencecenter Syd har siden skiftet navn til Center for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik Syd (CKEB-Syd). Siden 2011 har DLCR været tilknyttet Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP).

Den Nationale Kliniske Kvalitetsdatabase – DLCR-DNKK

Siden 1. januar 2013 har DLCR anvendt algoritmen bag Den Nationale Kliniske kræftdatabase (DNKK). DNKK er udviklet af DLCR i samarbejde med Kolo-, Rektalcancer databasen, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og RKKP.

Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, DNKK, er en national 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.

Ideen bag DNKK er at skabe et entydigt og fælles grundlag for afrapportering af kvalitetsindikatorer, således at der skabes overensstemmelse mellem kræftdatabasernes afrapportering af kvalitetsoplysninger og Sundhedsstyrelsens centrale monitorering. I sin nuværende form etablerer DLCR-DNKK en patients første forløb inden for kræftområdet.

DNKK arbejder med begrebet ”Debutdatoen”, der fortæller, hvornår patienten første gang har fået en relevant diagnosekode i LPR. Debutdato er således en teknisk dato, som alene fortæller, hvornår patienten debuterede med en given diagnosekode. Debutdato siger ikke nødvendigvis, at patienten er relevant for sygdomsområdet.

Desuden arbejdes med ”Forløbstartdatoen” (diagnosedatoen), der siger, hvornår en patient blev relevant for sygdomsområdet ifølge centrale patientdata. Dette afgøres ved en mere detaljeret analyse af centrale patientdata.

Den generelle del af DNKK’s metode handler om at finde patienter, deres kvalificerende aktiviteter og evt. sygdomsforløb. Efterfølgende belyses forløbene yderligere bl.a. ved at udlede indeks for komorbiditet og sygdomsstadie fra de centrale patientregistre. Hertil kommer specifikke data for det enkelte sygdomsområde, som enten indhentes i de centrale registre eller inddateres af sygdomsområdets afdelinger.

Sygdomsområdets patienter

Det første skridt går ud på at finde patienter, der potentielt kan være relevante for lungecancerområdet. Målet er at lave en bruttopulje af patienter, hvorfra man senere kan finde de relevante patienter. Man begynder med, at lungecancerområdet vælger en eller flere diagnoser (ICD-koder) hvor man forventer, at alle relevante patienter har mindst én af diagnoserne. Ved lungecancer koderne C34* og C33*. Nu afsøges LPR og man finder de patienter, som har en eller flere af diagnoserne. Blandt disse patienter udvælges via CPR-opslag dem, som har dansk bopæl og ikke et midlertidigt personnummer. Dermed er lungecancerområdets potentielle patienter udvalgt. Efterfølgende finder man debutdato for hver patient, dvs. den tidligste dato, hvor en af de nævnte diagnoser forekommer i LPR.

Frekvensanalyser

Dette skridt er en forberedelse af resten af arbejdsgangen, hvor man har brug for at kende lungecancerområdets deltagende afdelinger og kvalificerende aktiviteter. Først laver DNKK to dataudtræk fra LPR, som indeholder de hyppigst forekommende afdelinger henholdsvis aktiviteter blandt patienterne fundet herover. Disse to udtræk er ment som en hjælp, når det skal udpege sine deltagende afdelinger og kvalificerende aktiviteter.

Når det er gjort, kvalificeres lungecancerområdets afdelinger og aktiviteter:

- Deltagende afdelinger kvalificeres som udredende, kirurgisk, onkologisk eller en kombination af disse. Alle deltagende afdelinger skal have mindst én sådan kvalifikation, og man kan vælge flere kvalifikationer, hvis en given afdeling arbejder sådan.
- Deltagende afdelinger kan inddeles yderligere i over- og underafdelinger samt mere eller mindre deltagende afdelinger. Herved kan afdelingerne tillægges større eller mindre vægt i aktivitets- og forløbsdannelsen.

- De kvalificerende aktiviteter skal inddeles i aktivitetstyper. For hver kvalificerende aktivitet specificeres, om den omhandler udredning, kirurgi, onkologi eller administration.

Aktiviteter

Formålet med dette skridt er at finde patienternes aktiviteter, som er relevante. Aktiviteterne hentes i LPR, hvor de er organiseret i såkaldte kontakter. En kontakt er typisk en indlæggelse eller et ambulante behandlingsforløb. Som regel vil en kontakt (indlæggelse) omfatte flere aktiviteter, der er foretaget i løbet af den pågældende kontakt. DNKK betragter samtlige aktiviteter som selvstændige begivenheder og udvælger nogle med en algoritme, som ikke beskrives her. Det er muligt, at alle aktiviteter i en kontakt er relevante og udvælges, men ofte er nogle af aktiviteterne irrelevante. Men DNKK tager stilling til hver enkelt aktivitet, uanset hvilke andre aktiviteter, den pågældende kontakt indeholder.

Nogle aktiviteter kan være relevante for flere sygdomsområder. Disse aktiviteter, som altså er uspecifikke med hensyn til sygdomsområde, kommer kun med i DNKK, hvis de er kvalificeret med en relevant diagnose. Når dette er gjort, er lungecancerområdets deltagende afdelinger og kvalificerende aktiviteter på plads. Disse oplysninger udgør lungecancerområdets vigtigste og obligatoriske ”fingeraftryk” i DNKK.

Patologi

DNKK inddrager patologisvar som et af flere kriterier i forløbsdannelsen. Sygdomsområdet specificerer relevante patologisvar (SNOMED-koder) samt en metode til anvendelse af data fra Patobanken. Metoden adskiller sig ikke fra den af DLCR hidtil anvendte.

Forløbsdannelse

Sidste del af den generelle metode handler om at finde lungecancerområdets forløb. Udgangspunktet er de potentielle patienter og aktiviteterne samt patologiresultaterne. DNKK har udviklet en generel algoritme, som søger efter sygdomsforløb i LPR og Patobanken. Algoritmen er udformet som et generelt redskab, som kan anvendes på forskellige sygdomsområder.

Når forløbene er fundet, beriges de med data, som hentes blandt aktiviteter, patologiresultater samt direkte i LPR. Forløbene beriges bl.a. med følgende:

- Debutdato og tilhørende klinisk enhed
- Detaljer om forløbsstart: forløbsstartdato, klinisk enhed og patientens bopælskommune
- Udredningsstadiet umiddelbart før første behandling
- Detaljer om behandling i forløbet: dato, klinisk enhed, stadium og aktivitetstype (se appendiks 1)
- Patologidiagnose med rekvissionsdato samt klinisk enhed
- Indeks for komorbiditet (Charlson Indeks)

Her slutter forløbsdannelsen, som den er udformet i øjeblikket, og dermed slutter også den generelle metode i DNKK.

Supplering fra klinikken

DNKK henter sine data i de centrale patientregistre, men disse registre indeholder ikke alt, hvad DLCR behøver. Derfor anvender DLCR et inddateringssystem (TOPICA), hvor data fra DNKK indsættes automatisk og suppleres efter behov. Efterfølgende kan de supplerede data bruges til analyse, indikatorberegning og lignende.

5.0 Oversigt over alle indikatorer

En oversigt over det gældende indicatorsæt er vist i tabel 5.1.

Hvad angår indikatorerne for varighed til start på onkologisk behandling foretages der – efter ønske fra klinisk side – en adskillelse mellem kemoterapi og stråleterapi. For en række lungecancerforløb er det endvidere registreret, at der er påbegyndt kemoterapi og stråleterapi på samme dato. Der er derfor foretaget en yderligere opdeling af indikatorerne for varighed til påbegyndelse af onkologisk behandling. Indikatorer med betegnelsen IIIb angår onkologisk behandling uanset behandlingstype; indikatorer med betegnelsen IIIc og IIId er nu forbeholdt forløb med isoleret kemoterapi, henholdsvis isoleret stråleterapi som første behandling. For alle indikatorer berørende varighed fra påbegyndt diagnostisk forløb til påbegyndt behandling (indikatorerne IIIa, IIIb, IIIc og IIId) er der foretaget en supplerende fremstilling, således at disse indikatorer angives fra behandlende afdeling såvel som fra udredende afdelings perspektiv.

Som det beskrives senere, medtages kun udrednings- og behandlingsaktiviteter, som ud fra på forhånd fastlagte tidsmæssige kriterier anses at angå den initiale del af lungecancerforløbet.

Alle varigheder er beregnet som datodifferencer angivet i kalenderdage uden hensyntagen til fri- og helligdage.

Indikatorerne vedrørende overlevelse generelt (indikatorområde I) og resektionsrate (indikator V) anvender patientbopæl på diagnosetidspunktet som geografisk reference. For alle øvrige indikatorer anvendes som geografisk reference den relevante kliniske enheds regionale tilhørsforhold.

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

Indikatorområde	Nummer	Indikator	Type	Tærskelværdi	Tidsreference	Prognostiske faktorer	Justeringsfaktorer	Kobling med eksterne data
I. OVERLEVELSE, GENEREL	Ia	Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato	Resultat	42 %	Diagnosedato	Klinisk stadie Patologi Region (patientbopæl) Diagnoseår Operationsstatus (ja/nej) Komorbiditet	Alder Køn	CPR: - patientbopæl - dødsdato Patobank LPR: - CCI
	Ib	Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato	Resultat	22 %				
	Ic	Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato	Resultat	12 %				
II. OVERLEVELSE, EFTER OPERATION	IIa	Andel af patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation (resektion)	Resultat	97 %	Første operationsdato	Klinisk stadie Operationstype Region (efter sygehus) Årstal for operation Komorbiditet Misklas Matrikelskift	Alder Køn	CPR-data: - dødsdato LPR: - CCI
	IIb	Andel af patienter, som overlever 1 år fra først registrerede operation (resektion)	Resultat	75 %				
	IIc	Andel af patienter, som overlever 2 år fra først registrerede operation (resektion)	Resultat	65 %				
	IIId	Andel af patienter, som overlever 5 år fra først registrerede operation (resektion)	Resultat	40 %				
III. SAMLET VARIGHED TIL BEHANDLING	IIIa1	Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85 %	Første operationsdato	Årstal for behandling Behandlende sygehus/ Region (efter sygehus) CCI Klinisk stadie Patologi (for IIIb, IIIc og IIIId)	Alder Køn	LPR: - CCI Patobank
	IIIa2	Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85 %				
	IIIb1	Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85 %	Dato for første onkologiske behandling			
	IIIb2	Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter	Proces	85 %				

		påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus						
	IIIc1	Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85 %		Dato for første kemoterapi		
	IIIc2	Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85 %				
	IIIId1	Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85 %		Dato for første stråleterapi		
	IIIId2	Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85 %				
IV. STADIEKLASSIFIKATION	IV	Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	Proces	80 %	Første operationsdato	Udredende sygehus/ Region efter sygehus Årstal for operation CCI Klinisk stadie	Alder Køn	LPR: - CCI
V. RESEKTIONS RATE	V	Andel patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion	Proces	20 %	Første operationsdato	Region (patientbopæl) Diagnoseår CCI Klinisk stadie	Alder Køn	CPR-data: - patientbopæl Patobankdata

Anvendte forkortelser: CCI: Charlson Comorbidity Index; CPR: Det centrale personregister; LPR: Landspatientregisteret; Miskl Misklas: Misklassifikation af udredningsstadie

6.0 Datagrundlag

Oversigt over data

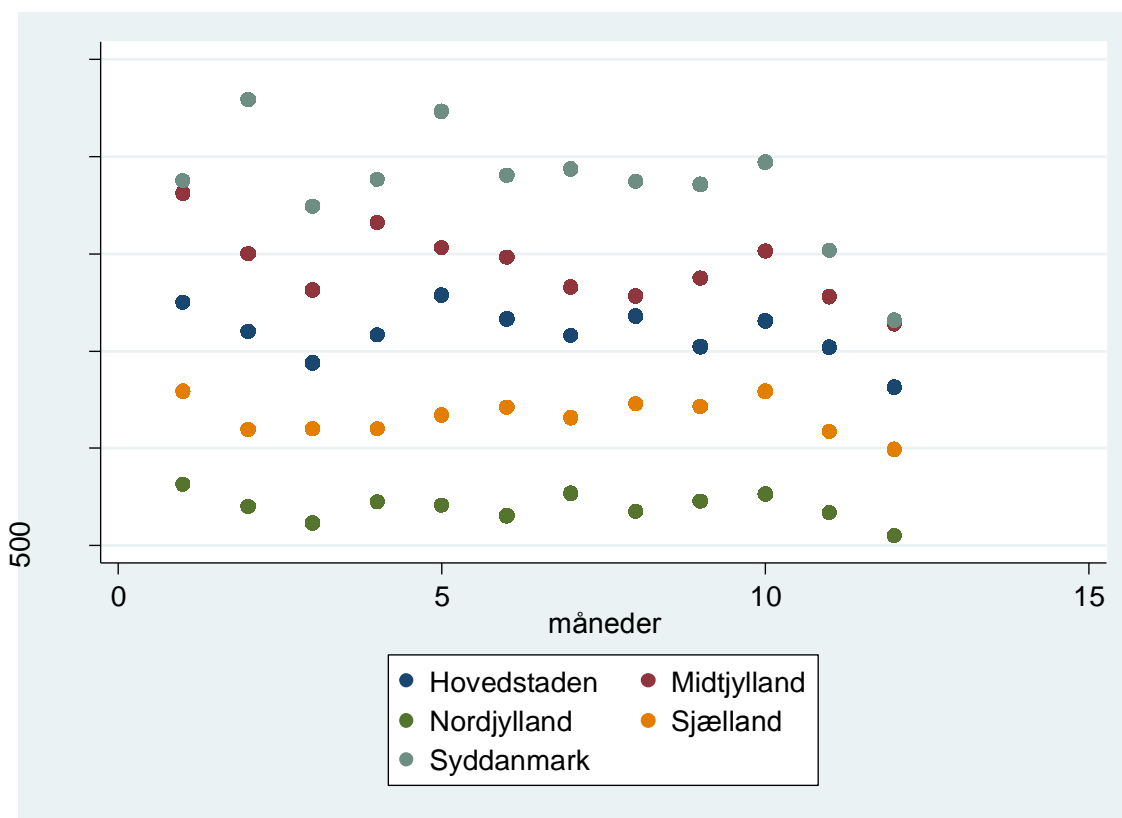
Registerdata fra DLCR

Datagrundlaget for nærværende rapport er data indberettet til DLCR senest 14. marts 2014, for forløb med diagnosedato i årene fra og med 2003 til og med 2013.

Indikatorsettet for lungecancer udformet med henblik på monitorering af kvalitetsaspekterne for 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 fastsættes som forløbsstartsdatoen jvn.f. kap. 4. Oprettelse af forløb i DLCR er afhængig af at nødvendige data hertil er modtaget i udtræk fra LPR. LPR er på sin side afhængig af, at de patientadministrative systemer indberetter afdelingernes aktiviteter, og de patientadministrative systemer er igen afhængig af at afdelingerne så tidstro som muligt færdigregistrerer patientforløbene. Så der er i systemet flere muligheder for forsinkelser. DLCR modtager via RKKP udtræk én gang månedligt, og følgende figur 6.0.1. viser, hvordan forsinkelsen beskrevet herover påvirker antallet af registrerede nye patienter i DLCR særligt de sidste 2 måneder af året. Tilsvarende vil registreringen af aktiviteter blive påvirket.

Figur 6.0.1. Antal af rekords med diagnose lungecancer indberettet til LPR i 2013, efter måneder og indberetnings region.



Tabel 6.0.2 giver en oversigt over de i alt 43.507 lungecancerforløb, der indgår i indikatorrapporten, fordelt efter status for første behandling. DLCR indeholder data fra år 2000 og frem, men valgte ifm. overgangen til DNKK platformen ikke længere at vise data fra før 2003. Dette har 2 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.

For 25,7% af alle forløb i 2013 foreligger der hverken kirurgiske eller onkologiske indberetninger. Disse forløb er derfor udelukkende belyst via udredningsdata. Totalt mangler 33,7% af patientforløbene behandlingsdata. Forløbene fra før 2013 indeholder kun behandlingsdata indberettet af afdelingerne. DLCR påtænker i efteråret 2014 at supplere DLCR med behandlingsoplysninger indhentet fra LPR, hvorved behandlingsraterne skulle blive bedre belyst og bygge på komplette data.

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

Tabel 6.0.2 Oversigt over lungecancerforløb i DLCR efter status for første behandling

Diagnoseår	Ingen behandling	Operation	Kemoterapi	Stråleterapi	I alt
2003	1825(51.0%)	490(13.7%)	737 (20.6%)	526 (14.7%)	3578(100.0%)
2004	1400(40.5%)	472(13.6%)	976 (28.2%)	612 (17.7%)	3460(100.0%)
2005	1350(37.5%)	532(14.8%)	1148 (31.9%)	567 (15.8%)	3597(100.0%)
2006	1500(40.0%)	525(14.0%)	1185 (31.6%)	536 (14.3%)	3746(100.0%)
2007	1454(36.4%)	570(14.3%)	1382 (34.6%)	593 (14.8%)	3999(100.0%)
2008	1453(34.4%)	617(14.6%)	1572 (37.2%)	587 (13.9%)	4229(100.0%)
2009	1074(28.2%)	612(16.1%)	1504 (39.5%)	620 (16.3%)	3810(100.0%)
2010	1214(30.5%)	654(16.4%)	1473 (37.0%)	640 (16.1%)	3981(100.0%)
2011	1081(25.9%)	705(16.9%)	1619 (38.8%)	764 (18.3%)	4169(100.0%)
2012	1214(26.5%)	768(16.8%)	1773 (38.7%)	830 (18.1%)	4585(100.0%)
2013	1118(25.7%)	740(17.0%)	1753 (40.3%)	742 (17.0%)	4353(100.0%)
Total	14683(33.7%)	6685(15.4%)	15122 (34.8%)	7017 (16.1%)	43507(100.0%)

Supplerende data fra Det Centrale Personregister

DLCR har igennem en årrække haft fast aftale med Det Centrale Personregister (CPR) hvad angår opdatering af vitalstatus for de registrerede patienter samt indhentning af information om patienternes bopælsforhold. I løbet af år 2010 er DLCR's analysedatabase blevet opgraderet til at udnytte CPR-data indhentet fra Sundhedsstyrelsens Forskerservice til at fastslå patientbopæl ikke alene på diagnosetids-punkt, men også for datoen svarende til hver påbegyndt udredning og behandlingsindsats. Efter etablering af kvartalsvis afrapportering foretages samkørsel med CPR umiddelbart forud for udarbejdelse af kvartalsrapport samt i forbindelse med udarbejdelse af årsrapporten.

Supplerende data fra Patobanken

Til erstatning af de manuelt indlæste patologidata har DLCR siden 2006 haft fast aftale om samkørsel med Patobanken for at få lungecancerforløbene klassificeret i henhold til patologi. Patobanken blev i 2009 reorganiseret, således at data fra Patobanken fremadrettet skal udtrækkes som rådata via Patologi-registeret under Sundhedsstyrelsens Forskerservice. Algoritmen for at opnå en patologisk konklusion af relevans for primær lungecancer er blevet rekonstrueret ved Kompetencecenter Syd og valideret i samarbejde med DLCR. Algoritmen anvendes på alle tilgængelige data i Patologiregisteret for patienterne registreret i DLCR. Denne rapport er baseret på en ny vedtaget algoritme, som efter hensigten har reduceret antallet af forløb med manglende patologikonklusion. Tabel 6.0.3 sammenfatter tilgængelige patologikonklusioner for lungecancerforløb i DLCR efter operationsstatus

Tabel 6.0.3. Oversigt over tilgængelige patologikonklusioner for lungecancerforløbene i DLCR efter operationsstatus

Diagnoseår	Operation			-Operation			Alle		
	+Patologi	-Patologi	i alt	+Patologi	-Patologi	ialt	+Patologi	-Patologi	ialt
2003	545(96.5%)	20(3.5%)	565	2429(80.6%)	584(19.4%)	3013	2974(83.1%)	604(16.9%)	3578
2004	536(98.5%)	8(1.5%)	544	2467(84.6%)	449(15.4%)	2916	3003(86.8%)	457(13.2%)	3460
2005	581(97.8%)	13(2.2%)	594	2620(87.2%)	383(12.8%)	3003	3201(89.0%)	396(11.0%)	3597
2006	562(97.1%)	17(2.9%)	579	2797(88.3%)	370(11.7%)	3167	3359(89.7%)	387(10.3%)	3746
2007	608(97.6%)	15(2.4%)	623	2944(87.2%)	432(12.8%)	3376	3552(88.8%)	447(11.2%)	3999
2008	643(98.0%)	13(2.0%)	656	3156(88.3%)	417(11.7%)	3573	3799(89.8%)	430(10.2%)	4229
2009	633(97.7%)	15(2.3%)	648	2891(91.4%)	271(8.6%)	3162	3524(92.5%)	286(7.5%)	3810
2010	667(99.0%)	7(1.0%)	674	3074(93.0%)	233(7.0%)	3307	3741(94.0%)	240(6.0%)	3981
2011	723(98.4%)	12(1.6%)	735	3180(92.6%)	254(7.4%)	3434	3903(93.6%)	266(6.4%)	4169
2012	784(99.5%)	4(0.5%)	788	3456(91.0%)	341(9.0%)	3797	4240(92.5%)	345(7.5%)	4585
2013	757(99.7%)	2(0.3%)	759	3345(93.1%)	249(6.9%)	3594	4102(94.2%)	251(5.8%)	4353
Total	7039(98.2%)	126(1.8%)	7165	32359(89.0%)	3983(11.0%)	36342	39398(90.6%)	4109(9.4%)	43507

For forløb til og med diagnoseår 2006 er patologidata praktisk taget udelukkende indhentet via manuelle indberetninger og fra og med 2007 via Patobank/Patologiregisteret. Tilgængeligheden af data er underinddelt efter patienternes operationsstatus, for specifikt at efterprøve forventningen om komplet registrering af patologidata for opererede patienter. Kolonnen '+ patologi' dækker også over inkonklusive patologikonklusioner.

Tabel 6.0.4 sammenfatter status for patologikonklusion i lungecancerforløbene i DLCR efter diagnoseår. Efter indføring af den nye patologialgoritme er flere forløb blevet inddelt, så der er færre forløb med ingen data (5.8%). For forløb med afklaret patologi udgør Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) langt den største del i forhold til Small Cell Lung Cancer (SCLC).

Tabel 6.0.4. Oversigt over lungecancerforløbenes status på patologidata, herunder fordeling på NSCLC og SCLC

Diagnoseår	NSCLC	SCLC	Ingen data	I alt
2003	2478(69.3%)	496(13.9%)	604 (16.9%)	3578(100.0%)
2004	2482(71.7%)	521(15.1%)	457 (13.2%)	3460(100.0%)
2005	2610(72.6%)	591(16.4%)	396 (11.0%)	3597(100.0%)
2006	2755(73.5%)	604(16.1%)	387 (10.3%)	3746(100.0%)
2007	2966(74.2%)	586(14.7%)	447 (11.2%)	3999(100.0%)
2008	3172(75.0%)	627(14.8%)	430 (10.2%)	4229(100.0%)
2009	2901(76.1%)	623(16.4%)	286 (7.5%)	3810(100.0%)
2010	3156(79.3%)	585(14.7%)	240 (6.0%)	3981(100.0%)
2011	3279(78.7%)	624(15.0%)	266 (6.4%)	4169(100.0%)
2012	3563(77.7%)	677(14.8%)	345 (7.5%)	4585(100.0%)
2013	3430(78.8%)	672(15.4%)	251 (5.8%)	4353(100.0%)
Total	32792(75.4%)	6606(15.2%)	4109 (9.4%)	43507(100.0%)

NSCLC: Non Small Cell Lung Cancer. SCLC: Small Cell Lung Cancer

7.0 Appendiks

7.1 Udredning

DLCR Årsrapport 2013 er den første årsrapport baseret på automatiseret dataudtræk fra LPR med løbende verifikation af inddata fra indberettende klinikere. Processen for overgang til DNKK-modellen har dog ikke været helt glat. Blandt andet har der været uventet lang forsinkelse fra en given udredningsprocedure er udført, til den optræder i LPR – og inden det sker, kan patientens indberetning til DLCR ikke afsluttes. Det forhold, at det kun har været muligt at få opdateret data fra LPR og andre bidragende databaser én gang månedligt, har også besværliggjort indberetningen/verifikationen af data til DLCR. Men disse startvanskeligheder til trods er der for 2013 opnået at have data i DLCR på 4338 patienter mod 4095 i forrige årsrapport (2012). Svarende hertil ses også (Tabel 7.1.1.1) for de fleste afdelinger et højere antal udredninger end i 2012-årsrapporten.

Aldersfordelingen på vore udredte patienter (Figur 7.1.1.3) viser et alerspeak som forventet omkring 70 år. Mændene fortsat er i relativ overvægt i de ældre aldersgrupper, mens der som for flere tidligere år ses en bemærkelsesværdig høj relativ fraktion af kvinder i de for lungekræft yngre aldersgrupper mellem 45-59 år, og samlet set var der i 2013 i Danmark for første gang flere kvinder end mænd, som fik påvist lungekræft! Dette er sørgeligt nok for danske kvinder en på verdensplan unik situation.

Mht udredningsmetoder ses, at klassisk mediastinoskopi nu er næsten totalt udfaset over hele landet til fordel for den minimalt invasive endoskopiske mediastinale udredning – og er i 2013 kun anvendt ved ca. 1,5% af samtlige udredninger i DK. Blandt de større afdelinger (mere end 100 C. pulm. årl.) er det kun Aalborg, som i 2013 anvendte det hos et større antal patienter (4,2%), hvilket dog kun er 21 patienter ud af 501, og er en klar nedgang sammenlignet med 2012 (7,9%) og 2011 (14,8%).

Man kan i opgørelserne over udredningsmetoder anvendt på opererede patienter i øvrigt bl.a. undre sig over, at det tilsyneladende på landsplan kun er 60%, som er blevet PET-skannet, da PET/CT-skanning er obligatorisk i udredning mhp operativ behandling. Det formodes at denne tilsyneladende lave andel skyldes et registreringsdeficit, som vi i DDLCG fremadrettet vil søge at få identificeret og elimineret (arbejdsgruppe nedsat).

Mht udredningsmetode, som har ført til diagnose (Tabel 7.1.2.6), er det naturligt, at de 3 dominerende metoder er 'Biopsi fra lunge', 'Bronkoskopi' og 'EBUS'. Procenttallene for fordelingen mellem angivne metoder, som har ført til diagnose, er i øvrigt bemærkelsesværdigt ens på tværs af regioner. Der er dog desværre også på listen registreret "Uoplyst" for ca. 20%. Ved møde i DDLCG for forberedelse af nærværende årsrapport blev det øjensynligt, at den høje andel "Uoplyst" formentlig skyldes en funktions- uhensigtsmæssighed i udredningsindberetningsmodulet i DLCR, som nu vil blive tilrettet.

DLCR havde i 2011 kun patologidiagnoser fra Patobanken for ca. 80% af patienter. Dette er nu med anvendelse af ny trækningsalgoritme blevet radikalt bedre med patologi-diagnose på ca. 94% af alle patienter, hvilket nok er tæt på det bedste, der kan nås, da et antal patienter tildeles diagnosen af lungekræft alene på baggrund af klinik og billeddiagnostik. Fraktionen af patologi-diagnose af småcellet karcinom er i øvrigt i henhold til den nye algoritme nu stabilt gennem årene omkring 15%.

Torben Riis Rasmussen

Formand for Dansk Diagnostisk LungeCancer Gruppe

7.1.1 Udredningsforløb

Udredningen af de indberettede lungecancerpatienter foregik i 2013 på 13 lungemedicinske og medicinske afdelinger, mod 19 afdelinger året før. Afdelingerne har indberettet 4288 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. Det bemærkes, at 65 patienter aktuelt er allokeret andre end udredende afdelinger. Der er her tale om behandlende afdelinger, hvor der på opgørelsestidspunktet endnu ikke var registeret indberetning fra en udredende afdeling i LPR. Afsnit 7.1 vedr. udelukkende patienter, der kan allokeres til en udredende afdeling.

Det skal også pointeres, som anført i forordet, at datasættet, der ligger til grund for kapitel 7, er opdateret i forhold til datasættet bag beregningerne i de foregående kapitler omkring DLCR's indikatorer. Dette skyldes, som anført i kap. 1, at der ved udarbejdelse af indikatorberegningerne blev konstateret datadeficit specielt for årgangene 2009 og 2010. DLCC valgte dog at publicere resultaterne, som således igen er vist i denne trykte version af indikatorrapporten, men man besluttede også at identificere fejlen og beregne den øvrige del af rapporten svarende til kap. 7 på et opdateret mere dækkende datasæt. Dette rettede datasæt fra juni 2014 ligger således til grund for kapitlet og adskiller sig fra de foregående kapitler.

* = gennemsnit for 5 år, (*) inkl. udgåede afdelinger

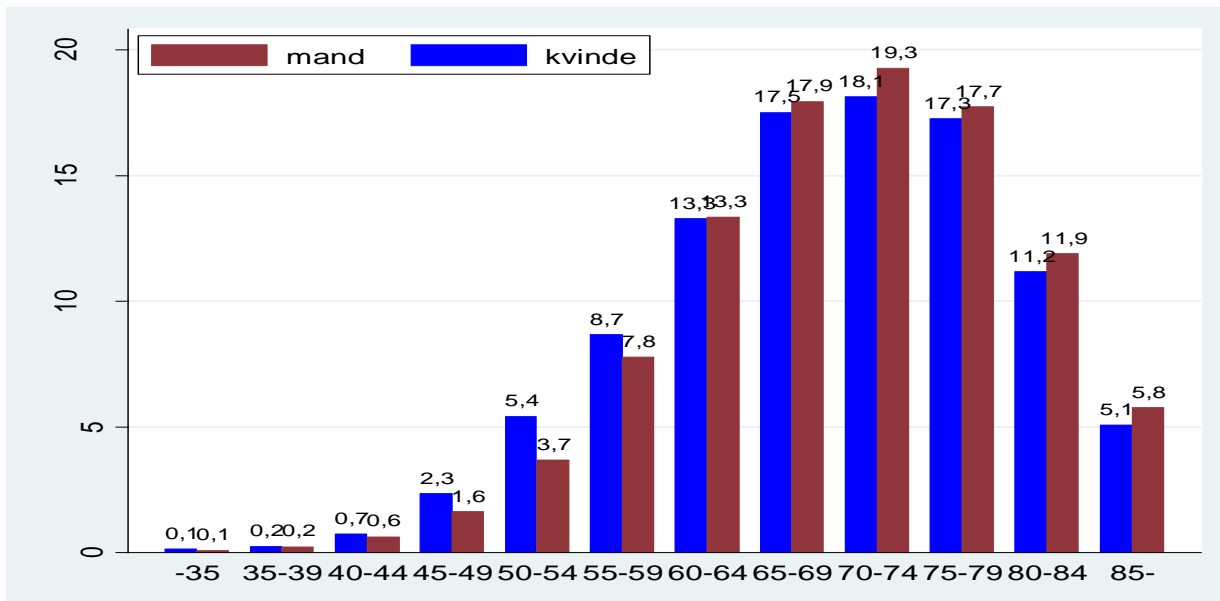
7.1.1.1 Tabel Udredningspopulation – afdelinger 2003 – 2013

Afdeling	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Bispebjerg	552	583	604	579	478	395	365
Gentofte	551	531	596	550	553	527	469
Roskilde	331	357	351	254	198	154	104
Næstved	387	422	430	485	491	484	346
Odense	415	422	361	443	361	347	339
Sønderborg	180	230	230	201	201	196	142
Vejle	420	473	483	342	362	380	392
Aarhus	297	293	273	273	226	218	217
Holstebro	226	200	200	196	222	204	167
Randers	155	170	144	201	163	147	131
Skive	130	140	140	160	125	138	160
Silkeborg	69	81	105	87	86	84	72
Aalborg	497	467	469	485	460	456	328
Danmark	4.288	4.439	4.464	4.429	4.229	4.171	3.602

7.1.1.2 Tabel Udredningspopulation – nationalt og regionalt 2003 – 2013

Region	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Hovedstaden	1.129	1.136	1.222	1.154	1.141	1.147	1.029
Sjælland	736	804	798	758	718	717	521
Syddanmark	992	1.055	999	1.013	991	957	862
Midtjylland	921	966	962	997	897	879	783
Nordjylland	499	463	474	493	467	466	399
Danmark	4.288	4.439	4.464	4.429	4.229	4.171	3.602

7.1.1.3 Figur Alder- og kønsfordeling 2013



7.1.1.4 Tabel Kønsfordeling over tid i absolutte tal og i %

Det bemærkes at totaltallet for de enkelte år ikke modsvarer tallet i tabel 7.1.1.1, dette skyldes at patienter udredt på ikke-udredende afdelinger (kirurgiske og onkologiske) er medregnet i denne tabel.

År	Total	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Kvinder	20.215 47,4%	2.187 50,4%	2.165 47,9%	1.993 48,8%	1.881 48,2%	1.765 47,2%	1.950 47,1%	8.274 46,2%
Mænd	22.405 52,6%	2.151 49,6%	2.356 52,1%	2.092 51,2%	2.025 51,8%	1.972 52,8%	2.193 52,9%	9.616 53,8%

7.1.1.4a Tabel udredningspopulation – kvinder- nationalt og regionalt i 2003-2013 i %

Region	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Hovedstaden	575	561	610	576	554	556	509
Sjælland	367	375	389	338	330	338	234
Syddanmark	504	509	474	483	485	445	379
Midtjylland	448	475	465	482	405	414	360
Nordjylland	258	197	240	252	221	208	182
Danmark	2.158	2.120	2.183	2.133	2.002	1.964	1.666

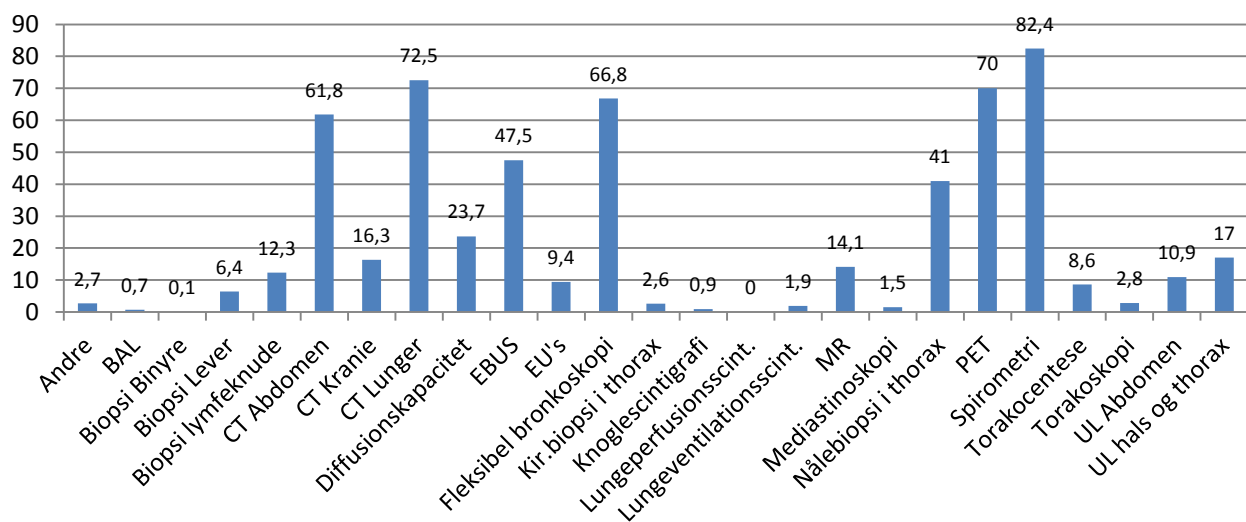
7.1.1.4b Tabel udredningspopulation – mænd- nationalt og regionalt i 2003-2013 i %

Region	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Hovedstaden	554	575	612	578	587	591	520
Sjælland	369	429	409	420	388	379	286
Syddanmark	488	546	525	530	506	512	484
Midtjylland	473	491	497	515	492	465	424
Nordjylland	241	266	234	241	246	258	217
Danmark	2.130	2.319	2.281	2.296	2.227	2.207	1.935

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	2,7	2,0	3,3	4,5	0,6	3,2
BAL	0,7	0,1	0,0	0,7	2,5	0,0
Biopsi Binyre	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2
Biopsi Lever	6,4	2,8	6,9	5,6	9,9	9,0
Biopsi lymfeknude	12,3	2,9	42,7	13,1	4,3	2,2
CT Abdomen	61,8	48,0	52,8	66,5	80,1	64,7
CT Kranie	16,3	13,2	9,0	12,5	14,8	44,9
CT Lunger	72,5	62,4	61,6	79,6	84,3	75,6
Diffusionskapacitet	23,7	10,3	19,3	25,2	39,4	29,5
EBUS	47,5	35,3	65,0	51,4	48,8	40,1
EUS	9,4	7,3	10,8	0,9	25,4	1,0
Fleksibel bronkoskopi	66,8	69,6	75,5	63,1	59,0	69,7
Kir.biopsi i thorax	2,6	0,7	3,6	4,1	0,9	5,6
Knoglescintigrafi	0,9	0,7	0,6	1,5	0,9	0,6
Lungeperfusionsscint.	16,0	6,7	11,6	16,3	34,2	10,4
Lungeventilationsscint.	1,9	4,7	0,1	1,6	1,0	0,6
MR	14,1	12,6	13,2	13,0	18,2	14,4
Mediastinoskopi	1,5	1,1	1,3	1,3	0,8	4,2
Nålebiopsi i thorax	41,0	36,1	33,1	44,1	48,8	43,3
PET	70,0	73,7	38,6	80,9	79,5	67,5
Spirometri	82,4	84,3	70,4	85,2	84,4	85,2
Torakocentese	8,6	9,9	10,1	9,3	1,8	13,8
Torakoskopi	2,8	4,6	1,0	3,5	2,6	0,4
UL Abdomen	10,9	8,4	7,3	7,3	20,9	11,6
UL hals og thorax	17,0	10,0	26,0	12,8	26,8	11,6
Antal udredte	4.288	1.146	722	1.034	887	499

Fordelingen vist på afdelinger er anført i Tabellerne 7.1.2.4a-d Udredningsmetoder – afdelinger, hvor metoderne er opdelt i kategorierne Radiologi, Skopi, Biopsi og Fysiologi.

De 4 kategorier fordeler sig på regioner og afdelinger således:

7.1.2.3 Tabel Udredningsmetoder typer i % – regioner DK

Region	Antal Udredte	Billed-diagnostik	Skopi	Nåle-biopsi	Kirurgisk biopsi	Andre biopsier	Fysiologi
Hovedstaden	1.146	93,1	78,8	47,6	5,9	2,0	85,5
Sjælland	722	83,1	79,4	67,6	5,8	3,3	74,2
Syddanmark	1.034	95,9	70,2	64,1	8,2	4,5	86,1
Midtjylland	887	97,9	64,0	62,0	3,5	0,6	87,6
Nordjylland	499	92,2	73,8	61,5	10,0	3,2	85,8

7.1.2.4 Tabel Udredningsmetoder typer i % – afdelinger DK

Region	Antal Udredte	Billed-diagnostik	Skopi	Nåle-biopsi	Kirurgisk biopsi	Andre biopsier	Fysiologi
Bispebjerg	552	94,4	79,0	46,5	5,8	1,6	92,2
Gentofte	551	93,1	81,7	50,5	4,4	2,5	83,7
Roskilde	331	85,2	74,9	42,9	4,5	4,8	71,6
Næstved	387	81,7	83,7	88,9	7,0	2,1	77,3
Odense	415	94,7	78,6	59,3	6,8	4,6	80,2
Sønderborg	180	99,5	60,6	66,1	1,1	2,8	87,8
Vejle	420	97,6	67,9	70,5	12,4	5,0	94,3
Aarhus	297	97,0	73,7	60,3	4,4	0,0	90,9
Holstebro	226	98,7	63,3	60,6	4,0	1,8	88,5
Randers	155	99,4	56,1	64,5	1,9	0,0	82,6
Skive	130	98,5	56,2	66,2	2,3	0,8	89,2
Silkeborg	69	100,0	68,1	69,6	4,4	0,0	94,2
Aalborg	497	92,2	73,6	61,6	10,1	3,2	85,7
Uoplyst	78	68,0	33,3	19,2	18,0	1,3	16,7

7.1.2.4a Tabel Udredningsmetoder – afdelinger i absolutte tal og % (radiologi)

I nogle afdelinger foretages CT af thorax som led i en kombineret PET-CT undersøgelse, hvor der udføres CT af thorax med kontrast. Dette er bl.a. tilfældet i Gentofte.

Afdeling	Antal udredte	CT Thorax	CT Kranie	Knogle-scintigrafi	MR	PET	UL Abdomen	UL hals og thorax
Bispebjerg	552	242 43,84%	62 11,2%	3 0,5%	50 9,1%	468 84,8%	30 5,4%	57 10,3%
Gentofte	551	474 86,03%	81 14,7%	4 0,7%	81 14,7%	361 65,5%	60 10,9%	54 9,8%
Roskilde	331	237 71,60%	39 11,8%	1 0,3%	43 13,0%	199 60,2%	25 7,6%	17 5,1%
Næstved	387	212 54,78%	25 6,5%	3 0,8%	52 13,4%	79 20,4%	28 7,2%	171 44,2%
Odense	415	283 68,19%	35 8,4%	6 1,5%	45 10,8%	342 82,4%	32 7,7%	81 19,5%
Sønderborg	180	162 90,00%	18 10,0%	0 0,0%	32 17,8%	152 84,4%	14 7,8%	22 12,2%

Vejle	420	376 89,52%	74 17,6%	9 2,1%	55 13,1%	338 80,5%	27 6,4%	28 6,7%
Aarhus	297	216 72,73%	37 12,5%	1 0,3%	68 22,9%	255 85,9%	66 22,2%	73 24,6%
Holstebro	226	222 98,23%	26 11,5%	5 2,2%	33 14,6%	168 74,3%	49 21,7%	54 23,9%
Randers	155	131 84,52%	27 17,4%	1 0,7%	22 14,2%	126 81,3%	35 22,6%	58 37,4%
Skive	130	122 93,85%	27 20,8%	1 0,8%	19 14,6%	104 80,0%	15 11,5%	22 16,9%
Silkeborg	69	64 92,75%	12 17,4%	0 0,0%	15 21,7%	53 76,8%	20 29,0%	29 42,0%
Aalborg	497	376 75,65%	222 44,7%	3 0,6%	71 14,3%	335 67,4%	58 11,7%	58 11,7%
Uoplyst	78	34 43,59%	15 19,2%	1 1,3%	20 25,6%	21 26,9%	8 10,3%	6 7,7%
Danmark	4.288	3151 73,48%	700 16,3%	38 0,9%	606 14,1%	3001 70,0%	467 10,9%	730 17,0%

7.1.2.4b Tabel Udredningsmetoder – afdelinger i absolutte tal og % (skopi)

Ved EUS laves ofte biopsi af tumor, lymfeknuder eller binyre

Afdeling	Antal udredte	EBUS	EUS	Fleksibel bronkoskopi
Bispebjerg	552	254 46,0%	32 5,8%	431 78,1%
Gentofte	551	147 26,7%	52 9,4%	357 64,8%
Roskilde	331	185 55,9%	14 4,2%	234 70,7%
Næstved	387	284 73,4%	64 16,5%	311 80,4%
Odense	415	281 67,7%	8 1,9%	301 72,5%
Sønderborg	180	66 36,7%	1 0,6%	89 49,4%
Vejle	420	182 43,3%	0 0,0%	256 61,0%
Aarhus	297	185 62,3%	89 30,0%	202 68,0%
Holstebro	226	99 43,8%	44 19,5%	132 58,4%
Randers	155	63 40,7%	36 23,2%	80 51,6%
Skive	130	53 40,8%	39 30,0%	68 52,3%
Silkeborg	69	33 47,8%	17 24,6%	43 62,3%
Aalborg	497	200 40,2%	5 1,0%	346 69,6%
Uoplyst	78	5 6,4%	0 0,0%	15 19,2%
Danmark	4.288	2037 47,5%	401 9,4%	2865 66,8%

7.1.2.4c Tabel Udredningsmetoder – afdelinger i absolutte tal og % (biopsi)

Afdeling	Antal udredte	Biopsi Binyre ¹	Biopsi Lever	Biopsi lymfeknude	Nålebiopsi i thorax	Torakocentese
Bispebjerg	552	0 0,0%	13 2,4%	15 2,7%	198 35,9%	52 9,4%
Gentofte	551	0 0,0%	16 2,9%	14 2,5%	213 38,7%	61 11,1%
Roskilde	331	0 0,0%	21 6,3%	7 2,1%	101 30,5%	18 5,4%
Næstved	387	5 1,3%	29 7,5%	301 77,8%	137 35,4%	54 14,0%
Odense	415	0 0,0%	15 3,6%	22 5,3%	178 42,9%	51 12,3%
Sønderborg	180	0 0,0%	11 6,1%	7 3,9%	96 53,3%	8 4,4%
Vejle	420	0 0,0%	31 7,4%	106 25,2%	181 43,0%	37 8,8%
Aarhus	297	0 0,0%	30 10,1%	13 4,4%	138 46,5%	2 0,7%
Holstebro	226	0 0,0%	24 10,6%	17 7,5%	101 44,7%	4 1,8%
Randers	155	0 0,0%	21 13,6%	2 1,3%	76 49,0%	7 4,5%
Skive	130	0 0,0%	6 4,6%	3 2,3%	77 59,2%	2 1,5%
Silkeborg	69	0 0,0%	7 10,1%	3 4,4%	41 59,4%	1 1,5%
Aalborg	497	1 0,2%	45 9,0%	11 2,2%	215 43,3%	69 13,9%
Uoplyst	78	0 0,0%	4 5,1%	4 5,1%	6 7,7%	1 1,3%
Danmark	4.288	6 0,1%	273 6,4%	525 12,2%	1758 41,0%	367 8,6%

¹ Metoden ”biopsi binyre” udføres i denne forbindelse transkutant, se i øvrigt ovenstående note vedr. EUS

7.1.2.4d Tabel Udredningsmetoder – afdelinger i absolutte tal og i % (fysiologi)

Afdeling	Antal udredte	Diffusionsundersøgelse	Lungeperfusions/ ventilationsscint.	Spirometri
Bispebjerg	552	89 16,12%	31 5,62%	504 91,30%
Gentofte	551	64 11,62%	44 7,99%	459 83,30%
Roskilde	331	79 23,87%	35 10,57%	225 67,98%
Næstved	387	76 19,64%	49 12,66%	283 73,13%
Odense	415	117 28,19%	60 14,46%	330 79,52%
Sønderborg	180	35 19,44%	13 7,22%	154 85,56%
Vejle	420	107 25,48%	95 22,62%	395 94,05%
Aarhus	297	128 43,10%	90 30,30%	265 89,23%
Holstebro	226	114 50,44%	86 38,05%	194 85,84%
Randers	155	72 46,45%	56 36,13%	120 77,42%
Skive	130	13 10,00%	40 30,77%	108 83,08%
Silkeborg	69	31 44,93%	31 44,93%	64 92,75%
Aalborg	497	160 32,19%	52 10,46%	423 85,11%
Uoplyst	78	11 14,10%	3 3,85%	10 12,82%
Danmark	4.288	1096 25,56%	685 15,97%	3534 82,42%

7.1.2.4e Tabel Udredningsmetoder– afdelinger i % (Kirurgisk biopsi)

Afdeling	Antal udredte	Kirurgisk biopsi i thorax	Mediastinoskopi	Torakoskopi
Bispebjerg	552	4 0,7%	5 0,9%	26 4,7%
Gentofte	551	3 0,5%	7 1,3%	19 3,5%
Roskilde	331	9 2,7%	4 1,2%	2 0,6%
Næstved	387	17 4,4%	5 1,3%	5 1,3%
Odense	415	4 1,0%	5 1,2%	21 5,1%
Sønderborg	180	1 0,6%	0 0,0%	2 1,1%
Vejle	420	42 10,0%	6 1,4%	13 3,1%
Aarhus	297	5 1,7%	3 1,0%	11 3,7%
Holstebro	226	2 0,9%	2 0,9%	6 2,7%
Randers	155	0 0,0%	0 0,0%	3 1,9%
Skive	130	1 0,8%	1 0,8%	2 1,5%
Silkeborg	69	0 0,0%	2 2,9%	1 1,5%
Aalborg	497	28 5,6%	21 4,2%	4 0,8%
Uoplyst	78	2 2,6%	3 3,9%	12 15,4%
Danmark	4.288	118 2,8%	64 1,5%	127 3,0%

7.1.2.4f Tabel Udredningsmetoder – afdelinger i % (andre biopsier)

Afdeling	Antal udredte	Andre biopsier
Bispebjerg	552	9 1,6%
Gentofte	551	14 2,5%
Roskilde	331	16 4,8%
Næstved	387	8 2,1%
Odense	415	19 4,6%
Sønderborg	180	5 2,8%
Vejle	420	21 5,0%
Holstebro	226	4 1,8%
Skive	130	1 0,8%
Aalborg	497	16 3,2%
Uoplyst	78	1 1,3%
Danmark	3.767	114 3,0%

7.1.2.5 Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter– afdelinger i %

	Total	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Andre	0,9	0,5	3,6	1,1	0,0	0,0
Biopsi Binyre	0,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Biopsi Lever	0,7	0,5	0,9	0,6	1,3	0,0
Biopsi i thorax	76,2	71,3	72,3	79,2	78,4	81,6
Biopsi lymfeknude	10,0	1,5	43,8	9,0	2,6	2,0
CT Abdomen	62,6	49,5	56,3	62,4	73,9	79,6
CT Kranie	10,5	3,5	1,8	2,8	3,3	60,2
CT Lunger	80,5	74,3	67,0	87,6	83,0	91,8
Diffusionskapacitet	57,9	28,2	61,6	74,1	73,9	60,2
EBUS	63,9	40,6	79,5	60,7	87,6	63,3
EUS	16,0	1,5	6,3	0,6	70,6	0,0
Fleksibel bronkoskopi	84,7	76,7	86,6	83,7	88,9	93,9
Knoglescintigrafi	0,4	0,0	0,9	1,1	0,0	0,0
Lungeperfusionsscint.	43,5	17,3	43,8	52,8	74,5	31,6
Lungeventilationsscint.	3,9	11,9	0,0	1,1	1,3	1,0
MR	5,5	3,0	3,6	3,4	11,8	7,1
Mediastinoskopi	4,0	5,5	5,4	0,0	1,3	11,2
PET	87,1	88,6	62,5	89,3	94,8	95,9
Spirometri	92,2	94,1	81,3	95,0	92,1	95,9
Torakocentese	2,0	3,0	3,6	0,6	0,0	4,1
Torakoskopi	9,7	15,8	3,6	15,2	5,2	1,0
UL Abdomen	5,0	3,0	1,8	2,8	13,1	4,1
UL hals og thorax	10,5	3,5	32,1	2,8	17,7	3,1
Uoplyst	96,0	96,5	97,3	93,8	94,8	99,0
Antal udredte	743	202	112	178	153	98

7.1.2.5a Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter– afdelinger i % (billeddiagnostik)

Afdeling	Antal udredte	CT Abdomen	CT Kranie	CT Lunger	Knogle-scintigrafi	MR	PET	UL Abdomen	UL hals og thorax
Bispebjerg	99	11 11,1%	3 3,0%	61 61,6%	0 0,0%	3 3,0%	90 90,9%	3 3,0%	1 1,0%
Gentofte	95	89 93,7%	4 4,2%	89 93,7%	0 0,0%	2 2,1%	89 93,7%	3 3,2%	6 6,3%
Roskilde	56	35 62,5%	2 3,6%	43 76,8%	0 0,0%	1 1,8%	46 82,1%	1 1,8%	2 3,6%
Næstved	56	28 50,0%	0 0,0%	32 57,1%	1 1,8%	3 5,4%	23 41,1%	1 1,8%	33 58,9%
Odense	68	31 45,6%	1 1,5%	54 79,4%	1 1,5%	2 3,0%	58 85,3%	2 2,9%	2 2,9%
Sønderborg	30	23 76,7%	0 0,0%	30 100,0%	0 0,0%	2 6,7%	29 96,7%	0 0,0%	2 6,7%
Vejle	77	56 72,7%	4 5,2%	71 92,2%	1 1,3%	2 2,6%	72 93,5%	3 3,9%	1 1,3%
Aarhus	57	31 54,4%	2 3,5%	36 63,2%	0 0,0%	6 10,5%	52 91,2%	10 17,5%	9 15,8%
Holstebro	35	33 94,3%	0 0,0%	34 97,1%	0 0,0%	2 5,7%	32 91,4%	4 11,4%	7 20,0%
Randers	21	17 81,0%	1 4,8%	18 85,7%	0 0,0%	2 9,5%	21 100,0%	2 9,5%	5 23,8%
Skive	22	19 86,4%	1 4,6%	21 95,5%	0 0,0%	3 13,6%	22 100,0%	1 4,6%	0 0,0%
Silkeborg	18	13 72,2%	1 5,6%	18 100,0%	0 0,0%	3 16,7%	18 100,0%	3 16,7%	6 33,3%
Aalborg	98	78 79,6%	59 60,2%	90 91,8%	0 0,0%	5 5,1%	94 95,9%	4 4,1%	3 3,1%
Uoplyst	11	1 9,1%	0 0,0%	1 9,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 9,1%	0 0,0%	0 0,0%
Danmark	743	465 62,6%	78 10,5%	598 80,5%	3 0,4%	36 4,9%	647 87,1%	37 5,0%	77 10,4%

7.1.2.5b Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter – afdelinger i % (skopi)

Afdeling	Antal udredte	EBUS	EUS	Fleksibel bronkoskopi	Laryngoskopi	Rigid bronkoskopi	Øsofagoskopi
Bispebjerg	99	45 45,5%	0 0,0%	74 74,8%	2 2,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gentofte	95	36 37,9%	3 3,2%	81 85,3%	3 3,2%	0 0,0%	0 0,0%
Roskilde	56	41 73,2%	1 1,8%	50 89,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Næstved	56	48 85,7%	6 10,7%	47 83,9%	1 1,8%	0 0,0%	2 3,6%
Odense	68	53 77,9%	1 1,5%	58 85,3%	1 1,5%	0 0,0%	0 0,0%
Sønderborg	30	16 53,3%	0 0,0%	20 66,7%	1 3,3%	0 0,0%	0 0,0%
Vejle	77	37 48,1%	0 0,0%	53 68,8%	2 2,6%	1 1,3%	0 0,0%
Aarhus	57	46 80,7%	37 64,9%	46 80,7%	4 7,0%	0 0,0%	0 0,0%
Holstebro	35	29 82,9%	25 71,4%	31 88,6%	5 14,3%	1 2,9%	0 0,0%
Randers	21	20 95,2%	17 81,0%	20 95,2%	2 9,5%	0 0,0%	0 0,0%
Skive	22	21 95,5%	16 72,7%	21 95,5%	2 9,1%	0 0,0%	0 0,0%
Silkeborg	18	18 100,0%	13 72,2%	18 100,0%	1 5,6%	0 0,0%	1 5,6%
Aalborg	98	62 63,3%	0 0,0%	92 93,9%	5 5,1%	0 0,0%	0 0,0%
Uoplyst	11	3 27,3%	0 0,0%	4 36,4%	2 18,2%	0 0,0%	0 0,0%
Danmark	743	475 63,9%	119 16,0%	615 82,8%	31 4,2%	2 0,3%	3 0,4%

7.1.2.5c Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter – afdelinger i % (nåle biopsi)

Afdeling	Antal udredte	Biopsi Binyre ²	Biopsi Lever	Biopsi lymfeknude	Nålebiopsi i thorax	Torakocentese
Bispebjerg	99	0 0,0%	1 1,0%	2 2,0%	68 68,7%	3 3,0%
Gentofte	95	0 0,0%	0 0,0%	1 1,1%	76 80,0%	3 3,2%
Roskilde	56	0 0,0%	0 0,0%	1 1,8%	37 66,1%	1 1,8%
Næstved	56	1 1,8%	1 1,8%	48 85,7%	43 76,8%	3 5,4%
Odense	68	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	49 72,1%	0 0,0%
Sønderborg	30	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	28 93,3%	0 0,0%
Vejle	77	0 0,0%	1 1,3%	16 20,8%	59 76,6%	1 1,3%
Aarhus	57	0 0,0%	2 3,5%	0 0,0%	40 70,2%	0 0,0%
Holstebro	35	0 0,0%	0 0,0%	3 8,6%	27 77,1%	0 0,0%
Randers	21	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	19 90,5%	0 0,0%
Skive	22	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 77,2%	0 0,0%
Silkeborg	18	0 0,0%	0 0,0%	1 5,6%	16 88,9%	0 0,0%
Aalborg	98	0 0,0%	0 0,0%	2 2,0%	68 69,4%	4 4,1%
Danmark	732	1 0,1%	5 0,7%	74 10,1%	547 74,7%	15 2,0%

² Metoden ”biopsi binyre” udføres i denne forbindelse transkutant, se i øvrigt ovenstående note vedr. EUS

7.1.2.5d Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter – afdelinger i % (fysiologi)

Afdeling	Antal udredte	Diffusionsundersøgelse	Lungeperfusions/ ventilationsscint.	Spirometri
Bispebjerg	99	47 47,47%	14 14,14%	93 93,94%
Gentofte	95	31 32,63%	21 22,11%	93 97,89%
Roskilde	56	40 71,43%	20 35,71%	46 82,14%
Næstved	56	39 69,64%	29 51,79%	45 80,36%
Odense	68	55 80,88%	33 48,53%	67 98,53%
Sønderborg	30	21 70,00%	12 40,00%	26 86,67%
Vejle	77	57 74,03%	49 63,64%	76 98,70%
Aarhus	57	48 84,21%	37 64,91%	54 94,74%
Holstebro	35	28 80,00%	26 74,29%	33 94,29%
Randers	21	21 100,00%	18 85,71%	17 80,95%
Skive	22	3 13,64%	15 68,18%	19 86,36%
Silkeborg	18	15 83,33%	18 100,00%	18 100,00%
Aalborg	98	64 65,31%	31 31,63%	94 95,92%
Uoplyst	11	4 36,36%	0 0,00%	3 27,27%
Danmark	743	473 63,66%	323 43,47%	684 92,06%

7.1.2.5e Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter – afdelinger i % (Kirurgisk biopsi)

Afdeling	Antal udredte	Kirurgisk biopsi i thorax	Mediastinoskopi	Torakoskopi
Bispebjerg	99	0 0,0%	4 4,0%	21 21,2%
Gentofte	95	0 0,0%	7 7,4%	8 8,4%
Roskilde	56	1 1,8%	1 1,8%	1 1,8%
Næstved	56	5 8,9%	5 8,9%	3 5,4%
Odense	68	3 4,4%	0 0,0%	16 23,5%
Sønderborg	30	1 3,3%	0 0,0%	2 6,7%
Vejle	77	18 23,4%	0 0,0%	8 10,4%
Aarhus	57	0 0,0%	0 0,0%	3 5,3%
Holstebro	35	1 2,9%	0 0,0%	4 11,4%
Randers	21	0 0,0%	0 0,0%	1 4,8%
Skive	22	0 0,0%	1 4,6%	0 0,0%
Silkeborg	18	0 0,0%	1 5,6%	0 0,0%
Aalborg	98	23 23,5%	11 11,2%	1 1,0%
Uoplyst	11	0 0,0%	0 0,0%	4 36,4%
Danmark	743	52 7,0%	30 4,0%	72 9,7%

7.1.2.5f Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter – afdelinger i % (andre biopsier)

Afdeling	Antal udredte	Andre
Gentofte	95	1 1,1%
Roskilde	56	4 7,1%
Sønderborg	30	1 3,3%
Vejle	77	1 1,3%
Danmark	258	7 2,7%

I DLCR registreres, hvilken konkret undersøgelse der giver anledning til diagnosen hos den enkelte patient. I 2013 fordelte dette sig således:

7.1.2.6 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – regioner³

Diagnose fundet ved	Total	Hovestaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Uoplyst	833	18,7	18,5	19,3	19,3	23,3
Biopsi af binyre(KBCA10)	7	0,3	0,1	0,2	0,1	0,0
Torakoskopi(KGAA31)	91	2,1	2,5	2,5	2,3	0,6
Biopsi af pleura(KGAC00)	56	1,2	1,4	1,7	1,3	0,8
Biopsi af lunge(KGDA10)	1.099	25,6	25,7	26,4	25,0	25,9
Mediastinoskopi(KGEA00)	24	0,7	0,4	0,4	0,8	0,4
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	20	0,8	0,4	0,3	0,3	0,4
Torakocentese(KTGA30)	103	2,2	2,5	3,0	2,3	1,8
Perkutan nålebiop. af lever(KTJJ00)	146	2,8	3,4	3,7	2,9	5,0
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	120	2,6	2,9	2,6	3,3	2,8
Bronkoskopi(KUGC15)	875	21,6	22,0	17,9	21,8	18,0
Øsofagoskopi(KUJC15)	5	0,2	0,0	0,1	0,0	0,4
Andre(UWW)	87	2,4	2,2	2,4	1,4	1,4
CT-skan. af cerebrum(UXCA00)	5	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0
CT Thorax(UXCC00)	146	3,2	3,4	3,7	3,6	3,0
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	11	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2
MR(UXMA00)	4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0
UL Hals og Thorax(UXUC15)	33	0,9	0,4	0,5	1,3	0,6
EUS(UXUC50)	74	2,0	1,5	2,0	1,3	1,8
EBUS(UXUC62)	475	10,8	11,3	11,1	10,9	12,0
UL Abdomen(UXUD10)	19	0,5	0,1	0,6	0,5	0,2
PET(WDTPSFAXX)	44	1,0	1,0	0,9	1,1	1,4
Total	4.277	1.129	736	992	921	499

³ I tabellen findes antal uoplyste forholdsvist stort. Dette skyldes en ændring i datafeltet foretaget i 2013, hvorved ikke hele året er dækket. Hvor der ikke er svaret på undersøgelsesmetoden er anført "Uoplyst". Gælder også tabel 7.1.2.7

Tilsvarende tal fordelt på afdelinger:

7.1.2.7 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – afdelinger

Diagnose fundet ved	Antal	Bispebjerg	Gentofte
Uoplyst	205	17,2	20,0
Biopsi af binyre(KBCA10)	2	0,2	0,2
Torakoskopi(KGAA31)	23	2,5	1,6
Biopsi af pleura(KGAC00)	13	1,5	0,9
Biopsi af lunge(KGDA10)	280	24,5	26,3
Mediastinoskopi(KGEA00)	8	1,1	0,4
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	9	0,7	0,9
Torakocentese(KTGA30)	24	2,0	2,4
Perkutan nålebiopsi af lever(KTJJ00)	32	3,4	2,4
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	29	2,4	2,9
Bronkoskopi(KUGC15)	243	24,1	20,0
Øsofagoskopi(KUJC15)	2	0,0	0,4
Andre(UWW)	26	1,8	2,9
CT-skanning af cerebrum(UXCA00)	1	0,2	0,0
CT Thorax(UXCC00)	35	2,2	4,2
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	4	0,7	0,0
MR(UXMA00)	1	0,0	0,2
UL Hals og Thorax(UXUC15)	10	1,1	0,7
EUS(UXUC50)	22	3,1	0,9
EBUS(UXUC62)	117	9,8	11,4
UL Abdomen(UXUD10)	6	0,5	0,5
PET(WDTPSFAXX)	11	1,1	0,9
Total	1.103	552	551

Diagnose fundet ved	Antal	Næstved	Roskilde
Uoplyst	134	20,4	16,6
Biopsi af binyre(KBCA10)	1	0,0	0,3
Torakoskopi(KGAA31)	18	1,8	3,3
Biopsi af pleura(KGAC00)	10	1,3	1,5
Biopsi af lunge(KGDA10)	182	24,6	26,3
Mediastinoskopi(KGEA00)	3	0,8	0,0
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	3	0,3	0,6
Torakocentese(KTGA30)	18	3,4	1,5
Perkutan nålebiopsi af lever(KTJJ00)	26	3,4	3,9
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	18	2,6	2,4
Bronkoskopi(KUGC15)	157	22,2	21,5
Andre(UWW)	16	1,0	3,6
CT-skanning af cerebrum(UXCA00)	2	0,3	0,3
CT Thorax(UXCC00)	25	4,7	2,1
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	1	0,0	0,3
MR(UXMA00)	1	0,0	0,3
UL Hals og Thorax(UXUC15)	3	0,8	0,0
EUS(UXUC50)	11	1,3	1,8
EBUS(UXUC62)	81	9,8	13,0
UL Abdomen(UXUD10)	1	0,3	0,0
PET(WDTPSFAXX)	7	1,3	0,6
Total	718	387	331

Diagnose fundet ved	Antal	Odense	Sønderborg	Vejle
Uoplyst	195	21,5	18,9	17,1
Biopsi af binyre(KBCA10)	2	0,0	0,6	0,2
Torakoskopi(KGAA31)	25	2,7	2,8	2,1
Biopsi af pleura(KGAC00)	17	1,5	2,2	1,7
Biopsi af lunge(KGDA10)	270	23,6	26,7	29,5
Mediastinoskopi(KGEA00)	6	0,2	0,0	1,2
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	3	0,2	1,1	0,0
Torakocentese(KTGA30)	30	2,4	2,2	3,8
Perkutan nålebiopsi af lever(KTJJ00)	37	4,3	2,8	3,3
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	28	1,5	3,9	3,6
Bronkoskopi(KUGC15)	186	19,3	17,2	17,9
Øsofagoskopi(KUJC15)	1	0,0	0,0	0,2
Andre(UWW)	24	2,9	2,8	1,7
CT Thorax(UXCC00)	38	1,7	3,9	5,7
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	2	0,5	0,0	0,0
MR(UXMA00)	2	0,0	0,0	0,5
UL Hals og Thorax(UXUC15)	5	1,2	0,0	0,0
EUS(UXUC50)	20	2,9	0,6	1,7
EBUS(UXUC62)	110	12,3	12,2	8,8
UL Abdomen(UXUD10)	6	1,0	0,0	0,5
PET(WDTPSFAXX)	8	0,5	2,2	0,5
Total	1.015	415	180	420

Diagnose fundet ved	Antal	Aarhus	Holstebro	Randers	Silkeborg	Skive
Uoplyst	171	23,6	16,8	13,6	21,7	21,1
Biopsi af binyre(KBCA10)	1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Torakoskopi(KGAA31)	18	2,0	1,3	3,2	2,9	1,6
Biopsi af pleura(KGAC00)	12	2,0	0,4	1,9	0,0	1,6
Biopsi af lunge(KGDA10)	219	22,9	26,5	27,1	21,7	26,6
Mediastinoskopi(KGEA00)	5	1,4	0,0	0,7	0,0	0,0
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
Torakocentese(KTGA30)	20	2,0	1,8	3,2	4,4	1,6
Perkutan nålebiopsi af lever(KTJJ00)	27	2,0	4,4	2,6	2,9	3,9
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	27	1,7	4,4	5,2	0,0	3,1
Bronkoskopi(KUGC15)	188	21,9	22,1	22,6	15,9	21,1
Andre(UWW)	12	1,7	2,2	0,0	1,5	0,8
CT-skanning af cerebrum(UXCA00)	2	0,3	0,0	0,7	0,0	0,0
CT Thorax(UXCC00)	29	2,7	4,7	3,9	2,9	1,6
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,8
UL Hals og Thorax(UXUC15)	12	2,0	1,3	0,0	2,9	0,8
EUS(UXUC50)	12	0,7	2,7	1,3	2,9	0,0
EBUS(UXUC62)	99	11,1	9,3	11,6	18,8	11,0
UL Abdomen(UXUD10)	5	0,0	0,4	1,3	0,0	1,6
PET(WDTPSFAXX)	10	1,0	1,3	1,3	1,5	0,8
Total	875	297	226	155	69	128

Diagnose fundet ved	Antal	Aalborg	Skive
Uoplyst	115	23,1	0,0
Torakoskopi(KGAA31)	4	0,8	0,0
Biopsi af pleura(KGAC00)	4	0,8	0,0
Biopsi af lunge(KGDA10)	129	25,6	100,0
Mediastinoskopi(KGEA00)	2	0,4	0,0
Nålebiopsi af brystvæg(KTGA00)	2	0,4	0,0
Torakocentese(KTGA30)	9	1,8	0,0
Perkutan nålebiopsi af lever(KTJJ00)	25	5,0	0,0
Nålebiopsi af lymfeknude(KTPJ05)	14	2,8	0,0
Bronkoskopi(KUGC15)	88	17,7	0,0
Øsofagoskopi(KUJC15)	2	0,4	0,0
Andre(UWW)	9	1,8	0,0
CT Thorax(UXCC00)	16	3,2	0,0
CT Øvre Abdomen(UXCD10)	1	0,2	0,0
UL Hals og Thorax(UXUC15)	3	0,6	0,0
EUS(UXUC50)	9	1,8	0,0
EBUS(UXUC62)	59	11,9	0,0
UL Abdomen(UXUD10)	1	0,2	0,0
PET(WDTPSFAXX)	7	1,4	0,0
Total	499	497	2

7.1.3 Lungefunktion

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

7.1.3.1a Tabel Lungefunktionsundersøgelser (% af antal udredte i afdelingen):

Afdeling	Antal Udredte	Spirometri	Diffusion	Regional LFU
Bispebjerg	552	504 91,3%	87 15,8%	31 5,6%
Gentofte	551	459 83,3%	23 4,2%	44 8,0%
Roskilde	331	225 68,0%	79 23,9%	35 10,6%
Næstved	387	283 73,1%	60 15,5%	49 12,7%
Odense	415	330 79,5%	116 28,0%	60 14,5%
Sønderborg	180	154 85,6%	35 19,4%	13 7,2%
Vejle	420	395 94,1%	107 25,5%	95 22,6%
Aarhus	297	265 89,2%	128 43,1%	90 30,3%
Holstebro	226	194 85,8%	108 47,8%	86 38,0%
Randers	155	120 77,4%	72 46,5%	56 36,1%
Skive	130	108 83,1%	12 9,2%	40 30,8%
Silkeborg	69	64 92,8%	29 42,0%	31 44,9%
Aalborg	497	423 85,1%	147 29,6%	52 10,5%
Uoplyst	78	10 12,8%	11 14,1%	3 3,8%
Danmark	4.288	3.534 82,4%	1.014 23,6%	685 16,0%

7.1.3.1b Tabel Lungefunktionsundersøgelser, opererede patienter (% af antal udredte og opererede patienter)

Afdeling	Antal Udredte	Spirometri	Diffusion	Regional LFU
Bispebjerg	99	93 93,9%	45 45,5%	14 14,1%
Gentofte	95	93 97,9%	9 9,5%	21 22,1%
Roskilde	56	46 82,1%	40 71,4%	20 35,7%
Næstved	56	45 80,4%	29 51,8%	29 51,8%
Odense	68	67 98,5%	54 79,4%	33 48,5%
Sønderborg	30	26 86,7%	21 70,0%	12 40,0%
Vejle	77	76 98,7%	57 74,0%	49 63,6%
Aarhus	57	54 94,7%	48 84,2%	37 64,9%
Holstebro	35	33 94,3%	28 80,0%	26 74,3%
Randers	21	17 80,9%	21 100,0%	18 85,7%
Skive	22	19 86,4%	2 9,1%	15 68,2%
Silkeborg	18	18 100,0%	14 77,8%	18 100,0%
Aalborg	98	94 95,9%	59 60,2%	31 31,6%
Uoplyst	11	3 27,3%	4 36,4%	0 0%
Danmark	743	684 92,1%	431 58,0%	323 43,5%

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

Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal med Udfyldt FEV1	Median af kirurgisk beh.	Median af alle beh.
Hovedstaden	198	126	80,4	68,0
Midtjylland	156	96	82,3	66,2
Nordjylland	99	65	72,6	61,4
Sjælland	116	69	89,0	67,3
Syddanmark	173	118	80,4	69,9
Danmark	742	474	80,7	67,0

7.1.3.3 Tabel Lungefunktion FEV1 hos henviste til onkologi i % af forventet

Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal med udfyldt FEV1	Median af kirurgisk beh.	Median af onkologisk beh.
Hovedstaden	747	472	67	68
Midtjylland	471	286	66	66
Nordjylland	309	186	61	61
Sjælland	502	284	68	67
Syddanmark	681	415	71	70
Danmark	2.710	1.643	67	67

7.1.3.4 Tabel Lungefunktion DLCO hos henviste til kirurgi i % af forventet

Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal med udfyldt DLCO	Median af kirurgisk beh.	Median af alle beh.
Hovedstaden	198	36	58,0	58,0
Midtjylland	156	23	62,0	58,0
Nordjylland	99	16	61,0	54,0
Sjælland	116	20	53,5	59,5
Syddanmark	173	31	58,0	58,0
Danmark	742	126	58,0	58,0

7.1.3.5 Tabel Lungefunktion DLCO hos henviste til onkologi i % af forventet

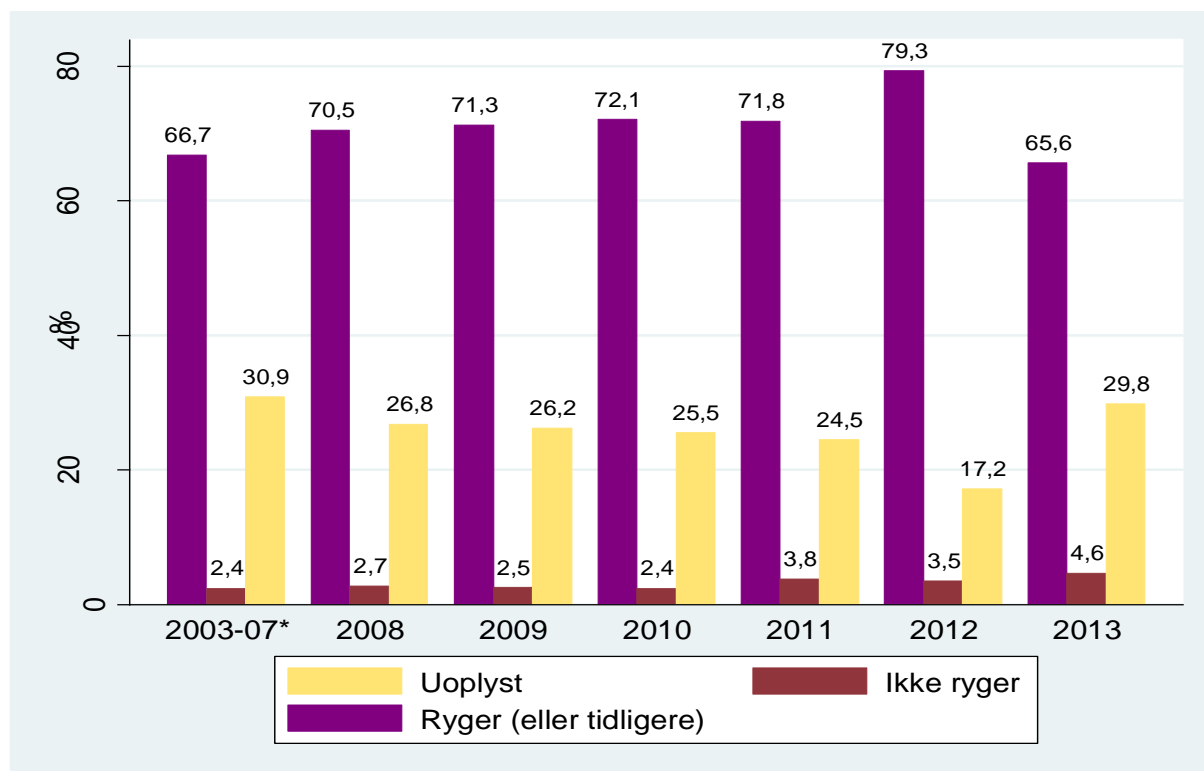
Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal med udfyldt DLCO	Median af onkologisk beh.	Median af alle beh.
Hovedstaden	747	127	58,0	58,0
Midtjylland	471	75	57,0	58,0
Nordjylland	309	38	51,0	54,0
Sjælland	502	79	59,0	59,5
Syddanmark	681	97	58,0	58,0
Danmark	2710	416	57,5	58,0

7.1.4 Rygning

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

7.1.4.1 Figur Rygestatus i %

Perioden 2003-7 viser gennemsnit for 5 år



Tobaksforbrug

De udredende afdelinger angiver tobaksforbruget (pakkeår) for deres indberettede patienter i 2013 således:

7.1.4.2 Tabel Tobaksforbrug

Afdeling	Antal udredte, som har besvaret spørgsmål vedrørende rygning 2013						
	Ryger	Ikke ryger	Uoplyst	Gennemsnit	Median	Min.	Maks.
Bispebjerg	370	25	157	38	39	0	120
Gentofte	362	29	160	37	40	0	120
Roskilde	225	20	86	38	40	0	150
Næstved	251	13	123	40	40	0	125
Odense	274	16	125	39	40	0	150
Sønderborg	121	6	53	41	40	0	160
Vejle	262	19	139	40	40	0	125
Aarhus	182	17	98	39	40	0	160
Holstebro	163	12	51	37	35	0	125
Randers	114	6	35	41	40	0	140
Skive	82	7	41	38	40	0	110
Silkeborg	42	6	21	38	40	0	120
Aalborg	317	16	164	42	40	0	117
Danmark	2.765	192	1.253	39	40	0	160

7.1.5 Klinisk TNM (cTNM)

På i alt 3949 patientforløb indberettet til registeret i 2013 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 herom⁴:

T	N	M	Understadie	Stadie
0	0	0	Intet	Intet
is/a	0	0	0	0
1a/1b	0	0	Ia	Ia
2a	0	0	Ib	Ib
2b	0	0	IIa1	IIa
0/1a/1b/2a	1	0	IIa2	IIa
2b	1	0	IIb1	IIb
3	0	0	IIb2	IIb
0/1a/1b/2a/2b	2	0	IIIa1	IIIa
3	1/2	0	IIIa2	IIIa
4	0/1	0	IIIa3	IIIa
4	2	0	IIIb1	IIIb
0/1/2/3/4	3	0	IIIb2	IIIb
0/1/2/3/4/x	0/1/2/3/x	1	IV	IV

Patienter der ikke tildeles et stadie efter denne algoritme er "ugyldige", og medregnes ikke i opgørelser, der kræver stadietoplysninger - se tabel 7.1.5.7.

⁴ 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	Danmark	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Uoplyst	0-IIb	IIIa	IIIb-IV
2003-07*	3603	2	212	340	57	110	410	358	1470	644	720	410	1827
2008	4171	2	271	306	105	89	424	385	1946	643	773	424	2331
2009	4229	0	296	208	131	137	461	421	2060	515	772	461	2481
2010	4229	2	353	238	159	185	481	435	2118	458	937	481	2553
2011	4464	0	398	256	150	199	476	436	2121	428	1003	476	2557
2012	4439	0	464	241	161	173	452	429	2137	382	1039	452	2566
2013	4288	0	414	276	127	174	379	440	2139	339	991	379	2579
Danmark	44028	13	3255	3223	1118	1505	4726	4333	19869	5986	9114	4726	24202

7.1.5.2 Tabel cTNM stadie fordeling i %

År	Danmark	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Uoplyst	0-IIb	IIIa	IIIb-IV
2003-07*	3603	0,1	5,9	9,4	1,6	3,1	11,4	9,9	40,8	17,9	20	11,4	50,7
2008	4171	0	6,5	7,3	2,5	2,1	10,2	9,2	46,7	15,4	18,5	10,2	55,9
2009	4229	0	7,0	4,9	3,1	3,2	10,9	10,0	48,7	12,2	18,3	10,9	58,7
2010	4429	0	8,0	5,4	3,8	4,4	11,4	10,3	47,8	10,3	21,2	10,9	57,6
2011	4464	0	8,9	5,7	3,4	4,5	10,7	9,8	47,5	9,6	22,5	10,7	57,3
2012	4439	0	10,5	5,4	3,6	3,9	10,2	9,7	48,1	8,6	23,4	10,2	57,8
2013	4288	0	9,7	6,4	3,0	4,1	8,8	10,3	49,9	7,9	23,1	8,8	60,1
Danmark	44028	0	7,4	7,3	2,5	3,4	10,7	9,8	45,1	13,6	20,7	10,7	55,0

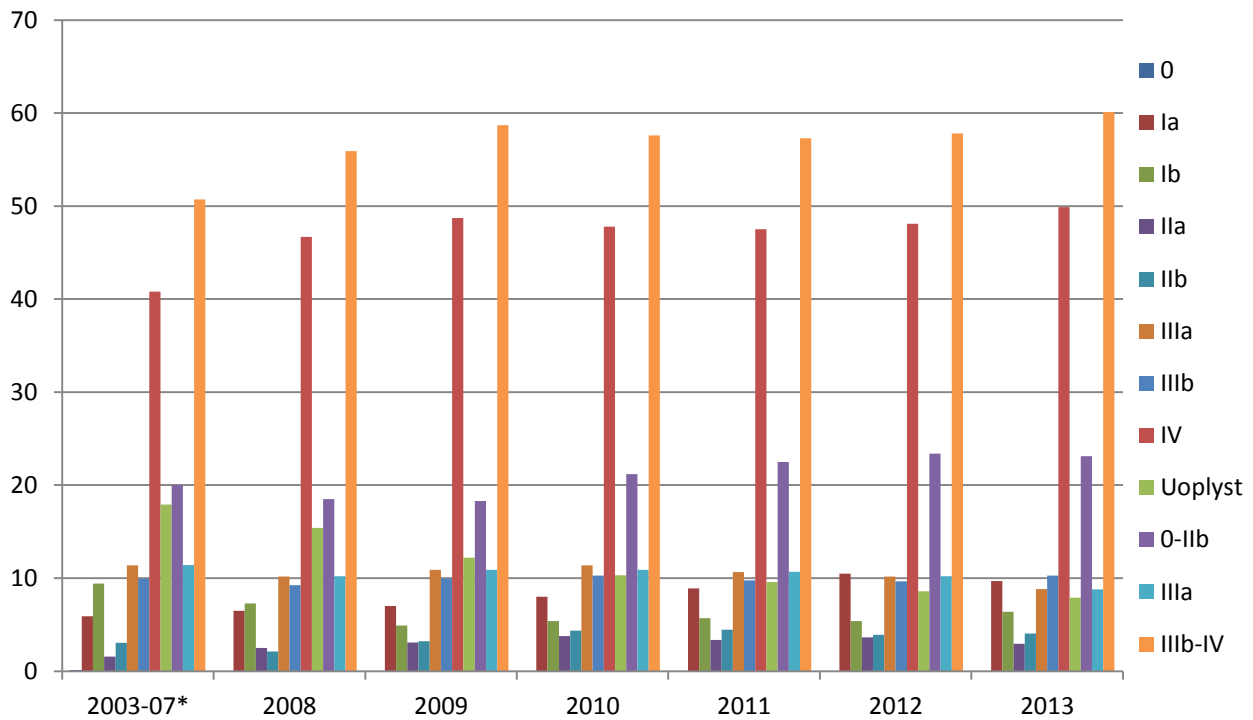
7.1.5.3 Tabel cTNM Stadiefordeling 2013 – afdelinger i %

Afdeling	I alt	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Uoplyst	0-IIb	IIIa	IIIb-IV
Bispebjerg	552	8,5	6,9	1,4	2,9	10,7	14,3	50,7	4,5	19,7	10,7	65,0
Gentofte	551	7,1	6,0	3,4	4,2	8,3	10,9	49,4	10,7	20,7	8,3	60,3
Roskilde	331	8,5	4,8	3,3	3,6	6,9	7,9	50,8	14,2	20,2	6,9	58,6
Næstved	387	6,2	7,0	1,3	4,9	7,2	11,1	57,1	5,2	19,4	7,2	68,2
Odense	415	11,6	5,3	1,7	3,9	6,5	9,2	55,2	6,7	22,4	6,5	64,3
Sønderborg	180	14,4	3,3	4,4	3,3	8,3	7,2	47,8	11,1	25,6	8,3	55,0
Vejle	420	8,1	8,1	4,8	5,2	12,4	12,1	43,1	6,2	26,2	12,4	55,2
Aarhus	297	12,5	9,1	2,7	3,0	7,1	7,1	51,2	7,4	27,3	7,1	58,2
Holstebro	226	8,0	6,6	5,8	2,7	9,3	11,5	47,8	8,4	23,0	9,3	59,3
Randers	155	13,5	3,9	1,9	5,8	9,0	9,7	52,9	3,2	25,2	9,0	62,6
Skive	130	15,4	6,2	3,8	1,5	8,5	9,2	40,8	14,6	26,9	8,5	50,0
Silkeborg	69	15,9	7,2	0,0	5,8	8,7	10,1	42,0	10,1	29,0	8,7	52,2
Aalborg	497	11,5	6,8	3,6	5,8	10,5	9,5	49,5	2,8	27,8	10,5	59,0
Danmark	4288	9,7	6,4	3,0	4,1	8,8	10,3	49,9	7,9	23,1	8,8	60,1

Den samlede c T, N og M klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2013 på landsplan sig således:

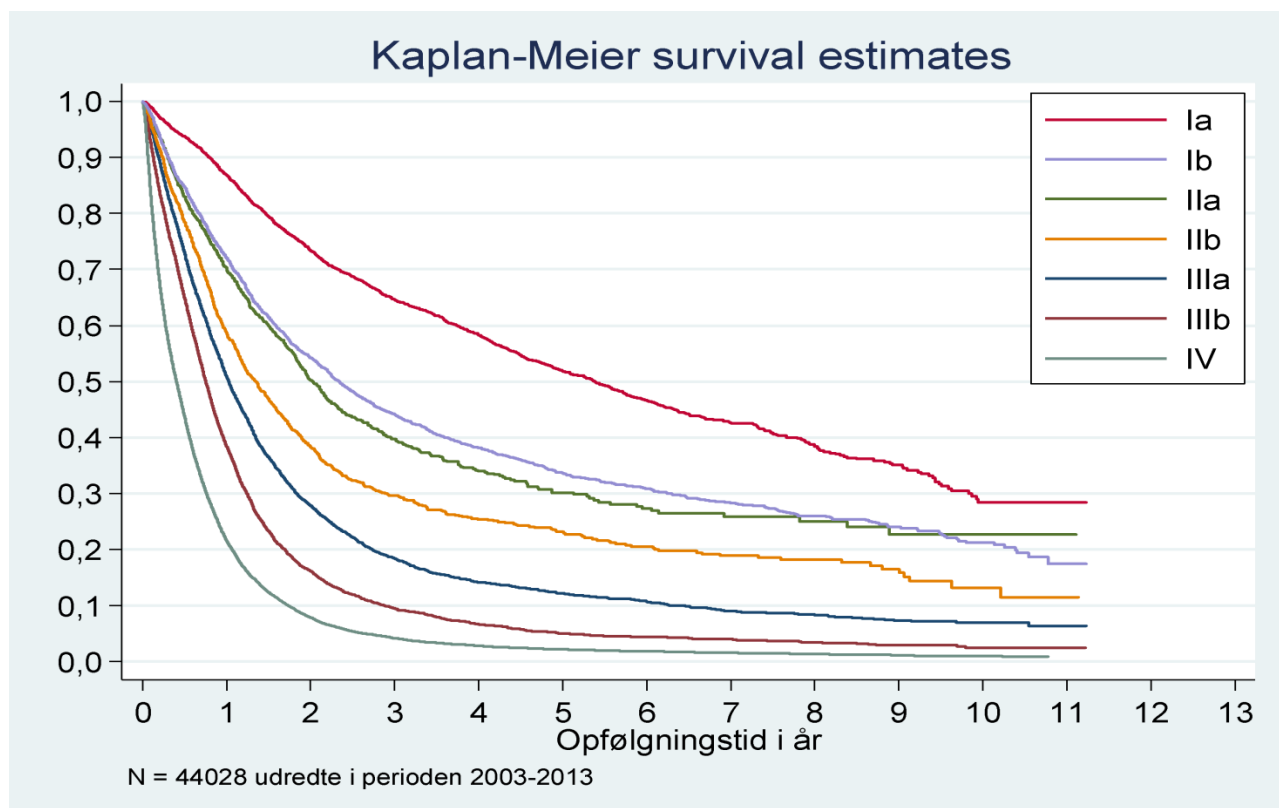
Den kliniske stadielinddeling på landsplan fordeler sig i % således:

7.1.5.4 Figur Udvikling cTNM stadielinddeling 2003 – 2013



Ser man på 2003-2013 populationen, hvor der foreligger stadielinddeling på i alt 36096 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

7.1.5.5 Figur Overlevelse – cTNM



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2003-7, fremgår af følgende:

7.1.5.6 Tabel cTNM overlevelse

Sygdomsstadier	Observeret 1 års overlevelse i % af antal udredte						
	Total	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
0	46,2	.	.	50,0	.	50,0	44,4
Ia	86,5	89,4	87,2	88,7	89,2	86,8	83,6
Ib	71,4	82,6	85,9	79,4	74,0	69,9	66,4
IIa1	71,8	80,6	70,2	73,9	63,6	53,8	100,0
IIa2	67,2	75,4	64,3	74,6	74,4	67,4	62,8
IIb1	65,8	100,0	56,0	59,1	58,3	100,0	.
IIb2	57,1	71,6	67,1	55,2	54,4	59,8	50,5
IIIa1	55,9	62,1	63,2	57,8	56,3	53,9	52,4
IIIa2	48,6	51,1	53,2	45,9	54,4	46,9	45,8
IIIa3	45,8	54,8	55,7	51,2	50,3	48,5	40,4
IIIb1	39,2	48,4	46,9	45,0	34,6	39,6	35,2
IIIb2	37,0	43,0	42,0	41,5	36,0	37,2	33,2
IV	21,3	23,5	21,8	19,2	20,8	21,0	21,3
Uoplyst	32,2	33,3	33,2	30,3	31,1	34,7	31,8
Total	38,4	43,8	41,9	38,6	37,1	37,5	36,7

Sygdomsstadier	Observeret 2 års overlevelse i % af antal udredte					
	Total	2011	2010	2009	2008	2003-07*
0	46,2	.	50,0	.	50,0	44,4
Ia	72,6	77,8	73,1	78,6	73,9	68,6
Ib	52,5	74,2	64,7	62,5	52,9	46,3
IIa1	51,0	50,0	53,3	50,0	38,5	100,0
IIa2	46,9	55,4	52,2	65,1	44,6	41,8
IIb1	36,1	36,0	31,8	41,7	50,0	.
IIb2	35,3	46,2	38,7	36,0	41,4	29,8
IIIa1	30,6	33,9	37,4	31,8	33,5	27,0
IIIa2	24,3	25,8	27,0	29,6	19,8	22,6
IIIa3	24,5	36,4	28,4	30,8	27,0	20,0
IIIb1	16,3	21,9	23,8	13,8	15,7	14,2
IIIb2	14,6	17,8	14,2	18,4	18,1	12,2
IV	7,6	8,2	7,1	7,7	7,9	7,5
Uoplyst	17,8	18,5	17,0	15,8	17,6	18,2
Total	21,7	26,0	23,2	22,2	21,5	20,2

Sygdomsstadier	Observeret 5 års overlevelse i % af antal udredte		
	2008	2003-07*	Total
0	0,0	22,2	18,2
Ia	53,3	48,1	49,1
Ib	35,3	26,9	28,2
IIa1	23,1	100,0	37,5
IIa2	22,8	22,0	22,2
IIb1	50,0	.	50,0
IIb2	25,3	15,9	17,2
IIIa1	11,4	11,5	11,4
IIIa2	8,3	8,8	8,7
IIIa3	11,7	9,0	9,4
IIIb1	6,3	4,4	4,7
IIIb2	6,2	3,5	4,0
IV	2,0	2,1	2,1
Uoplyst	9,0	8,5	8,5
Total	11,2	10,1	10,3

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 nødvendige 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	552	27,0	30,6	22,8	9,8	4,2	0,7	1,6	3,3
Gentofte	551	30,5	28,1	13,6	4,5	3,3	0,2	0,4	19,4
Roskilde	331	24,2	43,5	13,9	8,2	3,3	3,9	1,2	1,8
Næstved	387	21,2	48,1	13,7	4,7	2,6	5,2	0,3	4,4
Odense	415	34,2	26,0	14,7	10,4	6,7	2,7	2,9	2,4
Sønderborg	180	26,1	30,6	20,6	11,1	4,4	0,0	4,4	2,8
Vejle	420	48,3	25,0	13,3	8,3	1,7	0,0	2,1	1,2
Aarhus	297	20,2	36,7	21,5	9,4	3,0	0,7	0,3	8,1
Holstebro	226	34,5	34,5	10,6	9,3	4,0	0,0	1,3	5,8
Randers	155	43,9	30,3	9,0	7,7	3,2	1,9	1,3	2,6
Skive	130	23,8	31,5	13,1	13,8	5,4	0,8	3,1	8,5
Silkeborg	69	36,2	27,5	5,8	11,6	8,7	0,0	0,0	10,1
Aalborg	497	35,4	26,0	13,3	12,5	6,8	0,2	3,2	2,6
Uoplyst	78	11,5	9,0	11,5	15,4	2,6	0,0	11,5	38,5
Danmark	4.288	30,7	31,5	15,2	8,9	4,1	1,3	1,9	6,3

7.1.7 Patologi

Patologityperne fordeler sig i % og på køn i populationen 2003-2013 således:

7.1.7.1 Tabel Patologityper per år – i %

Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	15,5	15,1	14,8	667	691	619	553
Ikke småcellet karcinom	5,7	6,2	7,9	387	368	377	369
Planocellulært karcinom	20,3	19,0	18,7	829	787	760	658
Adenokarcinom	42,7	42,1	38,5	1557	1374	1258	903
Storcellet karcinom	0,3	0,3	0,8	57	65	96	88
Adenoskvamøst karcinom	0,6	0,5	0,9	21	17	7	14
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,3	0,2	15	16	10	8
Neuroendokrin tumor	0,4	0,4	0,3	28	28	33	24
Karcinoid tumor	0,9	0,8	0,8	26	15	3	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,3	6,1	6,3	320	357	405	431
Blandingstumor	2,5	2,6	3,0	171	147	186	110
Ingen patologi	5,7	6,7	8,0	351	364	417	443
Antal udredte	4.288	4.439	4.464	4.429	4.229	4.171	3.602

7.1.7.2 Tabel Patologityper per år – kvinder

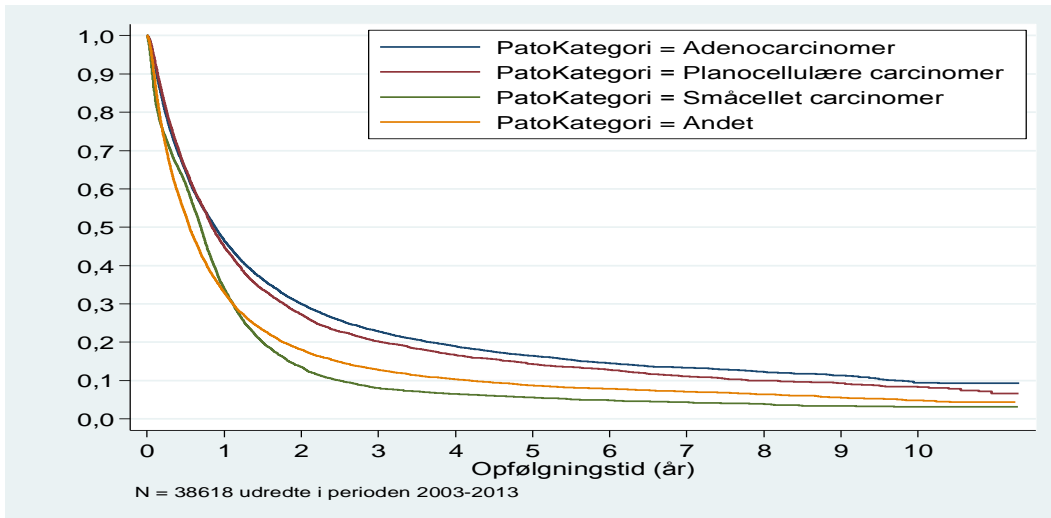
Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	15,5	14,8	15,4	317	312	311	270
Ikke småcellet karcinom	5,1	5,1	7,6	175	182	156	178
Planocellulært karcinom	14,1	13,3	12,6	280	285	269	213
Adenokarcinom	49,4	48,9	43,8	894	755	691	490
Storcellet karcinom	0,3	0,2	1,1	28	23	37	41
Adenoskvamøst karcinom	0,5	0,2	0,8	8	7	3	4,2
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,4	0,1	9	11	2	3,2
Neuroendokrin tumor	0,4	0,4	0,4	12	15	17	13
Karcinoid tumor	1,4	1,3	1,4	19	9	2	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,0	6,3	5,7	148	152	190	191
Blandingstumor	2,3	2,4	2,8	74	69	81	50
Ingen patologi	5,9	6,7	8,5	169	182	205	213
Antal udredte	2.158	2.120	2.183	2.133	2.002	1.964	1.666

7.1.7.3 Tabel Patologityper per år – mænd:

Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	15,4	15,4	14,2	350	379	308	284
Ikke småcellet karcinom	6,3	7,1	8,3	212	186	221	191
Planocellulært karcinom	26,5	24,3	24,6	549	502	491	445
Adenokarcinom	35,9	35,9	33,4	663	619	567	412
Storcellet karcinom	0,4	0,3	0,4	29	42	59	47
Adenoskvamøst karcinom	0,7	0,6	1,0	13	10	4	9,6
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,3	0,3	6	5	8	4,8
Neuroendokrin tumor	0,4	0,4	0,3	16	13	16	11
Karcinoid tumor	0,4	0,4	0,2	7	6	1	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,7	5,8	6,9	172	205	215	240
Blandingstumor	2,7	2,8	3,1	97	78	105	60
Ingen patologi	5,4	6,8	7,5	182	182	212	231
Antal udredte	2.130	2.319	2.281	2.296	2.227	2.207	1.935

Ser man på 2003-2013 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 38618 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

7.1.7.4 Figur Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:



7.1.7.5 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:

Patologityper	Observeret 1 års overlevelse i % af antal udredte						
	Total	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	33,2	36,3	35,2	32,0	33,4	33,8	32,1
Ikke småcellet karcinom	31,2	31,5	31,1	33,6	26,9	33,2	31,1
Planocellulært karcinom	44,0	49,2	48,5	45,2	43,1	42,0	41,9
Adenokarcinom	45,4	49,7	48,2	44,4	42,3	43,1	44,5
Storcellet karcinom	36,0	33,3	45,5	39,7	32,3	30,2	36,8
Adenoskvamøst karcinom	44,0	65,0	36,6	61,9	64,7	57,1	30,4
Sarcomatoidt karcinom	29,5	26,7	11,1	26,7	43,8	30,0	30,0
Neuroendokrin tumor	46,9	55,6	57,1	28,6	35,7	42,4	52,5
Karcinoid tumor	97,4	94,4	56,7	63,4	88,2	66,7	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	26,0	30,7	28,1	21,0	27,0	24,4	26,0
Blandingstumor	41,8	44,3	36,4	43,9	40,1	39,8	43,0
Ingen patologi	30,2	25,2	26,8	24,6	27,0	34,8	31,9
Antal udredte	39.689	4.445	4.458	4.421	4.218	4.173	3.595

Patologityper	Observeret 2 års overlevelse i % af antal udredte					
	Total	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	12,9	15,2	14,3	13,6	14,9	11,4
Ikke småcellet karcinom	14,1	16,4	17,6	13,6	15,9	12,7
Planocellulært karcinom	25,9	30,7	27,8	27,1	24,2	24,3
Adenokarcinom	28,5	31,9	28,5	27,1	26,9	28,0
Storcellet karcinom	21,9	30,3	19,0	21,5	20,8	21,9
Adenoskvamøst karcinom	27,1	22,0	28,6	52,9	28,6	23,2
Sarcomatoidt karcinom	20,0	20,0	31,3	30,0	17,5	.
Neuroendokrin tumor	36,0	21,4	21,4	32,1	36,4	41,8
Karcinoid tumor	96,2	97,1	65,0	93,3	66,7	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	12,2	15,7	11,0	12,9	11,9	11,8
Blandingstumor	28,1	26,5	32,2	29,9	21,5	29,1
Ingen patologi	19,4	17,9	13,1	18,3	22,9	20,2
Antal udredte	35.244	4.458	4.421	4.218	4.173	3.595

Patologityper	Observeret 5 års overlevelse i % af antal udredte		
	Total	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	4,5	4,7	4,5
Ikke småcellet karcinom	5,3	7,4	4,8
Planocellulært karcinom	12,8	12,1	12,9
Adenokarcinom	14,6	15,3	14,4
Storcellet karcinom	12,0	10,4	12,3
Adenoskvamøst karcinom	13,2	14,5	.
Sarcomatoidt karcinom	18,0	30,0	15,0
Neuroendokrin tumor	29,0	27,3	29,5
Karcinoid tumor	66,7	66,7	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	4,3	4,4	4,3
Blandingstumor	16,1	13,4	17,0
Ingen patologi	11,2	14,1	10,7
Antal udredte	22.147	4.173	3.595

Brugerens angivelse af patologidiagnose (opgørelsestidspunkt ikke april 2014):

Tabel 7.1.7.6 Fordeling af patienter med/uden patolog udfyldt af brugerne

Patologityper	Antal patienter
Ikke har udfyldt patologi	532
Udfyldt patologi	3730
Udfyldt patologi der matcher Patobank	2881
Udfyldt patologi forskellig fra Patobank	849

Tabel 7.1.7.7 Fordeling af patologityper fra brugerne i Topica

Patologityper	Patokode	Antal	%
Småcellet karcinom	1	577	14
Ikke småcellet karcinom	2	246	6
Planocellulært karcinom	3	833	20
Adenokarcinom	4	1703	40
Storcellet karcinom	5	23	1
Adenoskvamøst karcinom	6	37	1
Sarcomatoidt karcinom	7	9	0
Neuroendokrin tumor	8	81	2
Karcinoid tumor	9	37	1
Blandingstumor	11	80	2
Klinisk Diagnose	100	104	2
Ikke udfyldt	999	532	12
Antal udredte med patologi		4262	

Tabel 7.1.7.8 Antal patologisvar, hvor DNKK er uenig med brugerne

Anden malign primær lungecancer'NOS' kan ikke vælges af brugerne

Patologitype valgt af brugerne	Pato-kode	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ingen	Sum
Småcellet karcinom	1		2	5	3	0	0	0	0	0	10	1	30	51
Ikke småcellet karcinom	2	5		26	60	2	3	0	0	0	27	8	9	140
Planocellulært karcinom	3	4	23		6	0	1	0	0	0	21	24	36	115
Adenokarcinom	4	1	71	12		1	3	0	0	0	58	29	70	245
Storcellet karcinom	5	3	4	1	0		0	0	0	0	3	4	2	17
Adenoskvamøst karcinom	6	0	2	2	13	0		0	0	0	1	0	2	20
Sarcomatoidt karcinom	7	1	1	0	0	0	0		0	0	1	1	0	4
Neuroendokrin tumor	8	1	5	1	2	1	0	0		2	30	17	4	74
Karcinoid tumor	9	0	0	0	0	0	0	1	4		1	1	1	8
Blandingstumor	11	1	2	2	6	1	0	1	0	0	27		21	71
Klinisk Diagnose	100	0	1	0	4	0	0	0	0	0	3	0	96	104

Tabel 7.1.7.9 Patologisvar for patienter, hvor brugernes patologi matcher patobank:

Patologitype	Patokode	Antal patienter	%
Småcellet karcinom	1	526	18
Ikke småcellet karcinom	2	106	4
Planocellulært karcinom	3	718	25
Adenokarcinom	4	1458	51
Storcellet karcinom	5	6	0
Adenoskvamøst karcinom	6	17	1
Sarcomatoidt karcinom	7	5	0
Neuroendokrin tumor	8	7	0
Karcinoid tumor	9	29	1
Blandingstumor	11	9	0
Antal udredte med patologi		2881	

Tabel 7.1.8.1 Udredningstid pr. afdeling

Der henvises til onlinerapport M02 i udredningsmodulet.

	Antal udredninger	Udredningstid gns.	Delay <= 30 dage i antal	Delay <= 30 dage i % af alle	Delay > 30 dage i antal	Delay > 30 dage i % af alle
Bispebjerg	559	26	444	79%	115	21%
Gentofte	575	28	446	78%	129	22%
Roskilde	342	29	237	69%	105	31%
Næstved	385	21	315	82%	70	18%
Odense	424	23	341	80%	83	20%
Sønderborg	184	26	127	69%	57	31%
Vejle	438	29	343	78%	95	22%
Aarhus	290	27	224	77%	66	23%
Holstebro	221	28	159	72%	62	28%
Randers	160	28	124	78%	36	23%
Skive	121	32	79	65%	42	35%
Silkeborg	68	24	49	72%	19	28%
Aalborg	515	22	372	72%	143	28%

7.2 Kirurgi

Som skrevet i beretningen er dette års rapport ikke sammenlignelig med tidligere rapporter da en ny ikke hensigtsmæssig algoritme ikke har været i stand til at finde alle opererede lungecancer patienter.

Skønsomt mangler der mindst 50 patienter. Alene Rigshospitalet har ikke kunnet inddatere 33 patienter. Tabel 7.2.1.1 stemmer således ikke overens med lignende tabel i tidligere rapporter.

Tabel 7.2.1.2 viser som tidligere år at der opereres flest kvinder med en andel på ca. 54%, hvilket også er en lille stigning sammenlignet med 2012. Dog adskiller Århus sig som tidligere, idet der her opereres flere mænd end kvinder, og i 2013 med en betydelig større forskel.

Liggetiden er reduceret mediant med 1 dag, og middelværdien med mere end 1 dag. 3 af centrene har næsten ens liggetid og kun Aalborg skiller sig ud med 2-3 dages højere liggetid. Centret er opfordret til at gennemgå patientforløbene for at vurdere årsagen til dette.

Tabellerne 7.2.3.1 og 7.2.3.2 samt figur 7.2.3.3 viser den operative aktivitet og hvordan resektionstyperne fordeler sig. Det er glædeligt at se, at lobektomiraten holder sig omkring de 80%, men den lave eksplorationssats samt det lille antal af pneumonektomier må give stof til eftertanke; om man er ved at blive for restriktiv med operationstilbuddet til patienterne. Det er klart, at de lungemedicinske afdelinger gør et fantastisk arbejde med udredningen, som det fremgår af tabellerne 7.2.4.3 og 7.2.4.4, hvor kun få patienter skifter betydende glandel-status; men en eksplorativ sats på kun 2% skønnes for lav, og tabel 7.2.3.6 viser endda, at en enkelt afdeling har en frekvens på under 1%. Den lave pneumonektomiraten kunne betyde at for få centrale tumorer tilbydes kirurgi, specielt da antallet af sleeve-resektioner også er lavt.

Antallet af resektioner udført skopisk er uændret lidt over 50%, som det fremgår af tabel 7.2.3.5. Tre afdelinger har næsten ens procenter og kun Rigshospitalet skiller sig ud med 77%.

Tabel 7.2.3.6 viser fordelingen af åben contra VATS samt operationstyper på de enkelte afdelinger. Her er det påfaldende at Odense kun foretager tumorresektion hos 20% når de som tabel 7.2.3.12 viser kun mediant tager 3 glandler ud pr. patient. Tallet burde mediant være 4 som referenceprogrammet foreskriver.

Tabel 7.2.3.7 angiver fordelingen af de enkelte lobektomyper. Her må det atter undre at der ikke udføres en eneste sleeve-resektion når man totalt udfører mere end 200 lobektomi procedurer.

Antallet af thoraxvægsresektioner er faldet til et minimum som det ses af tabel 7.2.3.10 og udgør kun en trediedel af 2012 tallet, dette kunne også tyde på en mere restriktiv operationsindikation; men selvfølgelig også være et udtryk for at patienterne nu diagnosticeres i et tidligere stadie, således er delen af stadium I cancer steget fra 2008 og til 13 fra ca. 49% til ca 56%.

Betydende forandring mellem c-N og p-N er som det fremgår af tabellerne 7.2.4.3 og 7.2.4.4 under 5% for landet som helhed; men to regioner skiller sig ud med betydende ændringer over 5%, hvilket amn lokalt må analysere for at finde årsagen til dette.

Overlevelsesmæssigt er der stadig fremgang at spore med en 1-årsoverlevelse nu på 90% og en 2-års på 79%.

Som tidligere er der stor spredning i hyppigheden af de enkelte komplikationer som det fremgår af tabel 7.2.6.3. Død betyder mors i hospitalet og medtager også dødsfald under indlæggelse efter 30 dage. Det må atter indskræpes de registrerende afdelinger at fokus mhp sandfærdig registrering af komplikationer på dette område øges.

Hans K. Pilegaard
Formand for DKLCC

7.2.1 Kirurgiforløb

Afdelingerne har indberettet i alt 807 patienter med en første operationsdato i 2013 til Dansk Lunge Cancer Register. Hvis patienterne således tidligere har fået registreret en operation i DLCR er en eventuel ny operation udført i 2013 ikke medregnet. Det skal bemærkes, at kun patienter med resektioner (kile/segment, lobektomi eller pneumonektomi og eksplorative indgreb ved åben torakotomi) er medregnet i aktuelle version af årsrapporten. Data er derfor ikke direkte sammenlignelige med tidligere årsrapporter. DKLCG har besluttet, at algoritmen skal ændres, således at også eksplorative indgreb foretaget ved VATS skal kunne medregnes, og at brugerne fremadrettet skal have mulighed for at anføre om et indgreb har diagnostisk eller eksplorativ karakter. Disse ændringer får dog først virkning fra og med årsrapporten for 2014. DLCR vil også blive tilrettet således at flere operationer på samme patient vil fremgå fra og med årsrapporten for 2014.

Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år. Afdelingernes aktivitet varierer en del fra år til år. Dette er delvist betinget af ændrede optageområder, men også naturlige udsving i antal henviste patienter.

Der henvises desuden til forordet og indledningen af kapitel 7 s. 52 vedrørende forskellene i datagrundlaget for indikatorrapporten i kapitlerne 1 – 6 og datagrundlaget for kapitel 7, der ikke er helt ens.

* = gennemsnit for 5 år

7.2.1.1 Tabel Indberetninger

Afdeling	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	254	282	272	318	242	205	192
Odense	268	279	225	148	209	189	176
Århus	177	178	157	188	158	170	167
Aalborg	108	110	90	92	104	104	64
Danmark	807	849	744	746	713	668	612

Af de indberettede 807 patienter er 54,3 % kvinder og 45,7 % mænd. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2013 således:

7.2.1.2 Tabel Kønsfordeling

Afdeling	Kvinder(%)	Mænd(%)	Antal operationer
Rigshospitalet	55,9	44,1	254
Odense	60,1	39,9	268
Århus	43,5	56,5	177
Aalborg	53,7	46,3	108
Danmark	54,3	45,7	807

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

Patienternes alder fordeler sig således:

Afdeling	Region	Kvinder	Mænd	I alt %
Rigshospitalet	Hovedstaden	111	97	81,9
	Sjælland	29	15	17,3
	Syddanmark	1	0	0,4
	Ialt	142	112	100,0
Odense	Hovedstaden	1	0	0,4
	Midtjylland	3	2	1,9
	Sjælland	51	32	31,0
	Syddanmark	106	73	66,8
	Ialt	161	107	100,0
Århus	Midtjylland	76	100	99,4
	Syddanmark	1	0	0,6
	Ialt	77	100	100,0
Aalborg	Nordjylland	58	50	100,0
	Ialt	58	50	100,0
Danmark	Ialt	438	369	100,0

7.2.1.4 Tabel Alder og afdelinger

Afdeling	Antal operationer	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil	Min.	Maks.
Rigshospitalet	254	69	61	75	18	88
Odense	268	67	61	74	21	87
Århus	177	70	61	74	35	84
Aalborg	108	68	61	73	39	85
Danmark	807	68	61	74	18	88

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	254	4	5.5	42
Odense	268	4	5.3	35
Århus	177	4	5.6	36
Aalborg	108	6	8.5	61
Danmark	807	4	5.9	61

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

Medtages ikke i denne rapport pga usikkerhed om datagrundlaget.

7.2.3 Operativ aktivitet

Afdelingerne har i perioden 2003 – 2013 indberettet følgende antal operationer (eksplorative, resektioner, lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier).

7.2.3.1 Tabel Antal operationer

Afdeling	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	254	282	272	318	242	205	192
Odense	268	279	225	148	209	189	176
Århus	177	178	157	188	158	170	167
Aalborg	108	110	90	92	104	104	64
Danmark	807	849	744	746	713	668	612

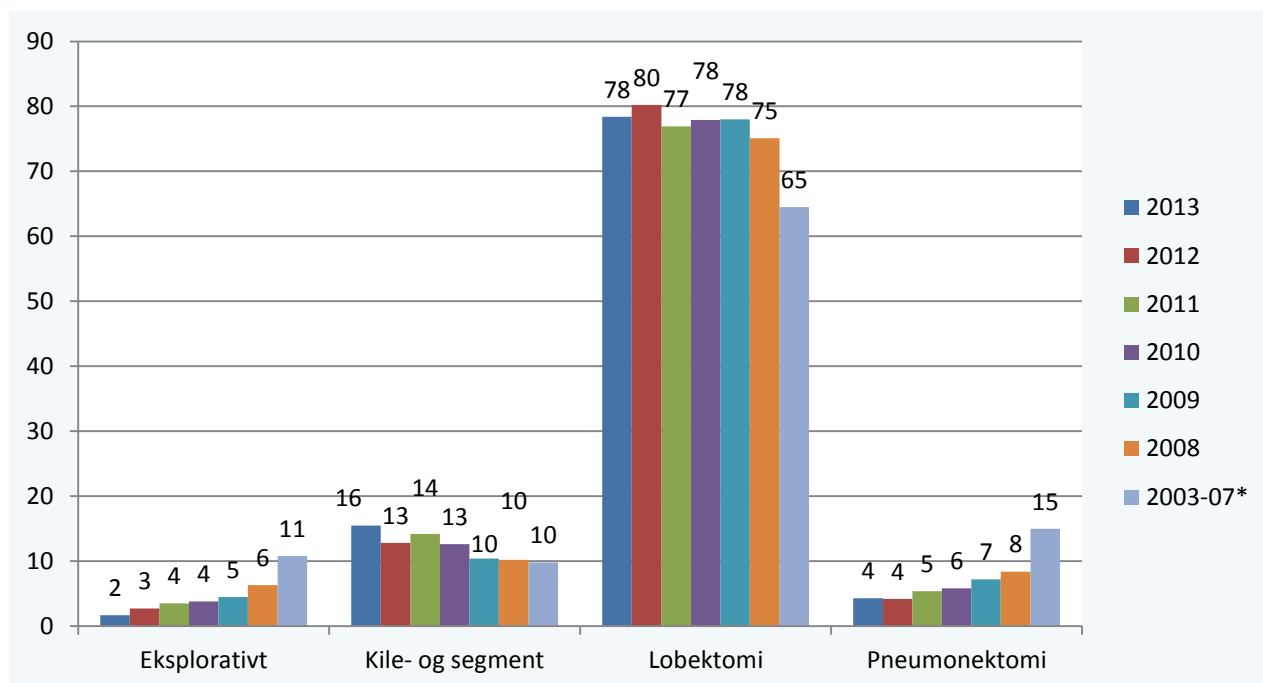
Antal resektioner i 2003 - 2013, d.v.s. antal operationer minus de eksplorative indgreb:

7.2.3.2 Tabel Antal resektioner

Afdeling	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	251	277	263	303	230	187	161
Odense	266	269	217	141	197	176	159
Århus	172	173	148	182	153	161	157
Aalborg	104	107	90	92	101	103	57
Danmark	793	826	718	718	681	627	547

De enkelte operationstyper fordeler sig således:

7.2.3.3 Figur Operationer fordeling grafisk



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

7.2.3.4 Tabel Operationstyper – afdelinger i %

Afdeling	År	I alt	Eksplorativt	Kile- og segment	Lobektomi	Pneumonektomi
Rigshospitalet	2013	254	1,2	14,6	82,3	2,0
	2012	282	1,8	14,2	80,5	3,5
	2011	272	3,3	11,8	81,3	3,7
	2010	318	4,7	11,0	79,6	4,7
	2009	242	5,0	9,9	79,8	5,4
	2008	205	8,8	12,2	73,2	5,9
	2003-07*	192	15,6	7,8	60,9	15,1
Odense	2013	268	0,7	19,4	75,0	4,9
	2012	279	3,6	11,5	81,4	3,6
	2011	225	3,6	17,3	73,8	5,3
	2010	148	4,7	22,3	63,5	9,5
	2009	209	5,7	15,8	68,4	10,0
	2008	189	7,4	7,4	75,1	10,1
	2003-07*	176	9,7	16,5	58,0	15,9
Århus	2013	177	2,8	11,9	81,4	4,0
	2012	178	2,8	11,2	82,6	3,4
	2011	157	5,7	13,4	75,2	5,7
	2010	188	3,2	9,6	84,0	3,2
	2009	158	3,2	5,1	86,1	5,7
	2008	170	5,3	8,8	77,1	8,8
	2003-07*	167	6,0	4,8	75,4	13,2
Aalborg	2013	108	3,7	13,9	73,1	9,3
	2012	110	2,7	15,5	72,7	9,1
	2011	90	0,0	15,6	74,4	10,0
	2010	92	0,0	8,7	82,6	8,7
	2009	104	2,9	8,7	80,8	7,7
	2008	104	1,0	13,5	76,0	9,6
	2003-07*	64	10,9	10,9	64,1	14,1
Danmark	2013	807	1,7	15,5	78,4	4,3
	2012	849	2,7	12,8	80,2	4,2
	2011	744	3,5	14,2	76,9	5,4
	2010	746	3,8	12,6	77,9	5,8
	2009	713	4,5	10,4	78,0	7,2
	2008	668	6,3	10,2	75,1	8,4
	2003-07*	612	10,8	9,8	64,5	15,0

Adgang og type for torakotomioperationer:

7.2.3.5 Tabel Torakotomitype

Afdeling	Anterior	Posterolateral	Andre	I alt	VATS	VATS(%)	Total
Rigshospitalet	3	32	4	39	196	77,2	254
Odense	18	111	2	131	115	42,9	268
Århus	77	0	12	89	67	37,9	177
Aalborg	48	8	4	60	40	37,0	108
Danmark	146	151	22	319	418	51,8	807

7.2.3.6 Tabel Operationstype – åben / VATS i %

Afdeling	Antal	Eksplorativt		Kile- og segmentresektion			Lobektomi			Pneumonektomi		
		I alt	Åben	I alt	Åben	VATS	I alt	Åben	VATS	I alt	Åben	VATS
Rigshospitalet	254	3	3	37	5,4	94,6	209	23,0	77,0	5	100,0	0,0
Odense	268	2	2	52	34,6	65,4	201	59,7	40,3	13	100,0	0,0
Århus	177	5	5	21	52,4	47,6	144	60,4	39,6	7	100,0	0,0
Aalborg	108	4	4	15	40,0	60,0	79	62,0	38,0	10	90,0	10,0
Danmark	807	14	14	125	29,6	70,4	633	48,0	52,0	35	97,1	2,9

Lobektomierne fordeler sig efter type. En algoritme fejl i DLDR-TOPICA lokaliseret under arbejdet med årsrapporten gør, at enkelte operationer af typen ”Lobektomi og resektion” fejlagtigt er placeret under kategorien ”Lobektomi”. Fejlrettelsen får først indflydelse på næste årsrapport.

7.2.3.7 Tabel Lobektomitype.

Afdeling	Antal	Lobektomi	Bilobektomi	Sleeve resektion	Lobektomi og resektion
Rigshospitalet	209	90,9	3,8	2,9	2,4
Odense	201	94,0	5,5	0,0	0,5
Århus	144	89,6	6,3	2,1	2,1
Aalborg	79	75,9	10,1	5,1	8,9
Danmark	633	89,7	5,7	2,1	2,5

7.2.3.8 Tabel Torakoskopiske operationer PLUS totale antal og operationstyper i PROCENT

Afdeling	Antal	Kile- og segmentresektion	Lobektomi	Pneumonektomi
Rigshospitalet	196	17,9	82,1	0,0
Odense	115	29,6	70,4	0,0
Århus	67	14,9	85,1	0,0
Aalborg	40	22,5	75,0	2,5
Danmark	418	21,1	78,7	0,2

Pneumonektomierne fordeler sig efter type som følgende i absolutte tal

7.2.3.9 Tabel Pneumonektomier – typer

Afdeling	Antal	Standard	Udvidet	Carina resektion	Completion
Rigshospitalet	5	100,0	0,0	0,0	0,0
Odense	13	92,3	7,7	0,0	0,0
Århus	6	85,7	0,0	14,3	0,0
Aalborg	10	80,0	20,0	0,0	0,0
Danmark	34	88,6	8,8	2,9	0,0

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner. Afdelingerne angiver, at der sandsynligvis er foretaget flere af denne type resektioner, men det har ikke før deadline været muligt at lokalisere disse i TOPICA eller LPR.

7.2.3.10 Tabel Thoraxvægsresektion

Afdeling	Antal	Thoraxvægresektion	Thoraxvægresektion(%)
Rigshospitalet	254	3	1,2
Odense	268	1	0,4
Århus	177	1	0,6
Aalborg	108	1	0,9
Danmark	807	6	0,7

Og at følgende antal operationer har fået neoadjuverende behandling:

7.2.3.11 Tabel Neoadjuverende

Afdeling	Antal	Neoadjuverende	Neoadjuverende(%)
Rigshospitalet	254	8	3,1
Odense	268	9	3,4
Århus	177	2	1,1
Aalborg	108	2	1,9
Danmark	807	21	2,6

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.

7.2.3.12 Tabel Lymfeknuder

Afdeling	Antal	Median	Middelværdi	Min.	Maks.
Rigshospitalet	254	5	4,8	0	8
Odense	268	3	2,5	0	6
Århus	177	4	3,7	0	7
Aalborg	108	5	4,7	0	8
Danmark	807	4	3,8	0	8

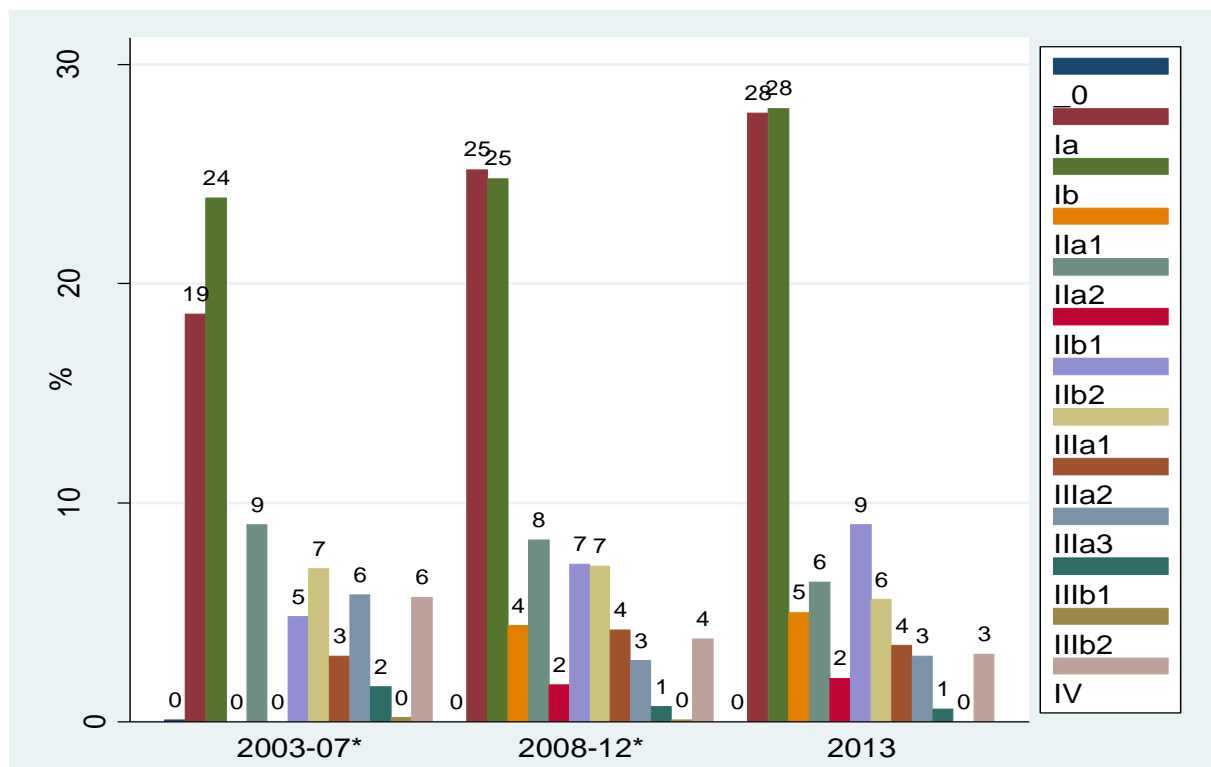
7.2.4 Stadier

Patienterne fordeles på de enkelte stadier og undergrupper af stadier iht. følgende fordeling, idet T, N og M defineres jvn.f. nyeste beskrivelse herom⁵:

T	N	M	Understadie	Stadie
0	0	0	Intet	Intet
is/a	0	0	0	0
1a/1b	0	0	Ia	Ia
2a	0	0	Ib	Ib
2b	0	0	IIa1	IIa
0/1a/1b/2a	1	0	IIa2	IIa
2b	1	0	IIb1	IIb
3	0	0	IIb2	IIb
0/1a/1b/2a/2b	2	0	IIIa1	IIIa
3	1/2	0	IIIa2	IIIa
4	0/1	0	IIIa3	IIIa
4	2	0	IIIb1	IIIb
0/1/2/3/4	3	0	IIIb2	IIIb
0/1/2/3/4/x	0/1/2/3/x	1	IV	IV

Den procentvise fordeling af pTNM stadier var:

7.2.4.1 Figur pTNM-stadie fordeling



⁵ 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	0	Ia	Ib	Ila1	Ila2	Ilb1	Ilb2	IIla1	IIla2	IIla3	IIlb1	IIlb2	IV	Uoplyst	Ia/IIla	IIlb/IV
Rigshospitalet	2013	254	0	24,0	35,8	5,1	3,1	1,2	6,7	8,3	3,1	3,5	0,8	0	2,4	5,9	90,9	3,1
	2012	282	0	22,7	37,6	3,2	4,6	1,1	7,8	3,2	3,5	2,1	0	0	3,5	10,6	85,8	3,5
	2011	272	0	23,5	32,0	3,7	7,0	0,4	10,3	5,9	1,8	2,2	0,7	0	2,6	9,9	86,8	3,3
	2010	318	0	18,2	29,6	4,7	9,4	3,1	6,6	9,1	3,1	2,8	0,6	0,3	3,8	8,5	86,8	4,7
	2009	242	0	16,1	32,6	5,0	7,0	2,1	2,9	7,0	5,8	2,5	0,4	0	5,8	12,8	81,0	6,2
	2008	205	0	25,4	26,8	0,5	12,7	1,0	4,4	6,3	2,4	7,8	0,5	0	4,9	7,3	87,3	5,4
	2003-07*	191.8	0,1	15,0	27,0	0	10,0	0	3,9	5,7	3,6	8,4	2,1	0,2	6,5	17,4	73,7	8,8
Odense	2013	268	0	31,3	23,1	5,6	4,1	3,0	11,6	3,7	3,7	2,2	0,4	0	1,9	9,3	88,4	2,2
	2012	279	0	28,0	21,9	6,1	5,7	2,9	10,4	3,9	4,3	1,8	0,7	0	2,2	12,2	84,9	2,9
	2011	225	0	27,1	23,1	7,6	5,8	2,7	6,7	4,0	4,0	3,1	0,4	0	0,4	15,1	84,0	0,9
	2010	148	0	31,8	22,3	2,0	6,8	1,4	7,4	2,0	4,7	2,0	0,7	0	2,0	16,9	80,4	2,7
	2009	209	0	26,3	18,2	8,1	3,8	2,4	8,6	9,6	2,9	5,3	1,0	0,5	3,3	10,0	85,2	4,8
	2008	189	0,5	25,4	27,5	4,2	11,1	1,1	3,7	6,9	2,6	3,7	1,1	0,5	4,8	6,9	86,2	6,3
	2003-07*	175.8	0,1	19,0	24,7	0	7,8	0	5,7	6,5	1,5	6,3	1,1	0,2	4,3	22,8	71,4	5,7
Århus	2013	177	0	28,2	27,7	4,0	13,6	0,6	8,5	2,8	2,3	2,8	1,1	0	6,2	2,3	90,4	7,3
	2012	178	0	33,7	21,9	5,1	9,6	0,6	6,2	8,4	3,9	1,7	0	0	4,5	4,5	91,0	4,5
	2011	157	0	28,7	21,7	7,0	5,1	2,5	10,2	9,6	2,5	1,9	0	0	5,7	5,1	89,2	5,7
	2010	188	0	23,4	21,8	6,9	10,6	1,6	6,9	9,0	5,9	3,2	0	0	4,8	5,9	89,4	4,8
	2009	158	0	25,9	19,0	5,1	10,1	1,3	7,6	10,8	5,1	1,9	0	0	2,5	10,8	86,7	2,5
	2008	170	0	28,8	15,9	1,2	9,4	1,2	4,1	10,6	3,5	2,9	4,1	0	8,8	9,4	77,6	12,9
	2003-07*	166.6	0,1	20,9	22,2	0	10,0	0	3,8	10,2	3,2	3,0	1,8	0,2	6,1	18,4	73,3	8,2
Aalborg	2013	108	0	26,9	22,2	4,6	8,3	3,7	9,3	8,3	5,6	3,7	0	0	2,8	4,6	92,6	2,8
	2012	110	0	30,0	17,3	2,7	10,0	4,5	7,3	8,2	7,3	0	0	0	3,6	9,1	87,3	3,6
	2011	90	0	27,8	21,1	1,1	14,4	1,1	5,6	7,8	7,8	0	0	0	2,2	11,1	86,7	2,2
	2010	92	0	27,2	19,6	3,3	9,8	0	10,9	3,3	9,8	1,1	0	0	3,3	12,0	84,8	3,3
	2009	104	0	29,8	11,5	4,8	11,5	2,9	10,6	7,7	7,7	1,9	1,0	0	4,8	5,8	88,5	5,8
	2008	104	0	19,2	26,9	0	11,5	0	7,7	13,5	3,8	6,7	2,9	0	2,9	4,8	89,4	5,8
	2003-07*	64.2	0,3	25,2	18,4	0	7,8	0	6,5	5,0	5,0	4,7	1,2	0,3	7,5	18,1	72,6	9,0
Danmark	2013	807	0	27,8	28,0	5,0	6,4	2,0	9,0	5,6	3,5	3,0	0,6	0	3,1	6,1	90,2	3,7
	2012	849	0	27,7	26,5	4,5	6,7	2,0	8,2	5,2	4,4	1,6	0,2	0	3,3	9,7	86,8	3,5
	2011	744	0	26,2	25,8	5,2	7,1	1,6	8,6	6,3	3,4	2,2	0,4	0	2,6	10,6	86,4	3,0
	2010	746	0	23,3	24,9	4,6	9,2	2,0	7,4	7,0	5,0	2,5	0,4	0,1	3,6	9,9	85,9	4,2
	2009	713	0	23,3	22,3	5,9	7,4	2,1	6,7	8,7	5,0	3,1	0,6	0,1	4,2	10,5	84,6	4,9
	2008	668	0,1	25,3	24,3	1,6	11,2	0,9	4,6	8,7	3,0	5,2	1,9	0,1	5,5	7,3	84,9	7,6
	2003-07*	612.4	0,1	18,6	23,9	0	9,0	0	4,8	7,0	3,0	5,8	1,6	0,2	5,7	20,1	72,2	7,6

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 stadierne 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	254	240	233	11	4,3
Odense	268	245	242	9	3,4
Århus	177	169	160	8	4,5
Aalborg	108	103	106	10	9,3
Danmark	807	757	741	38	4,7

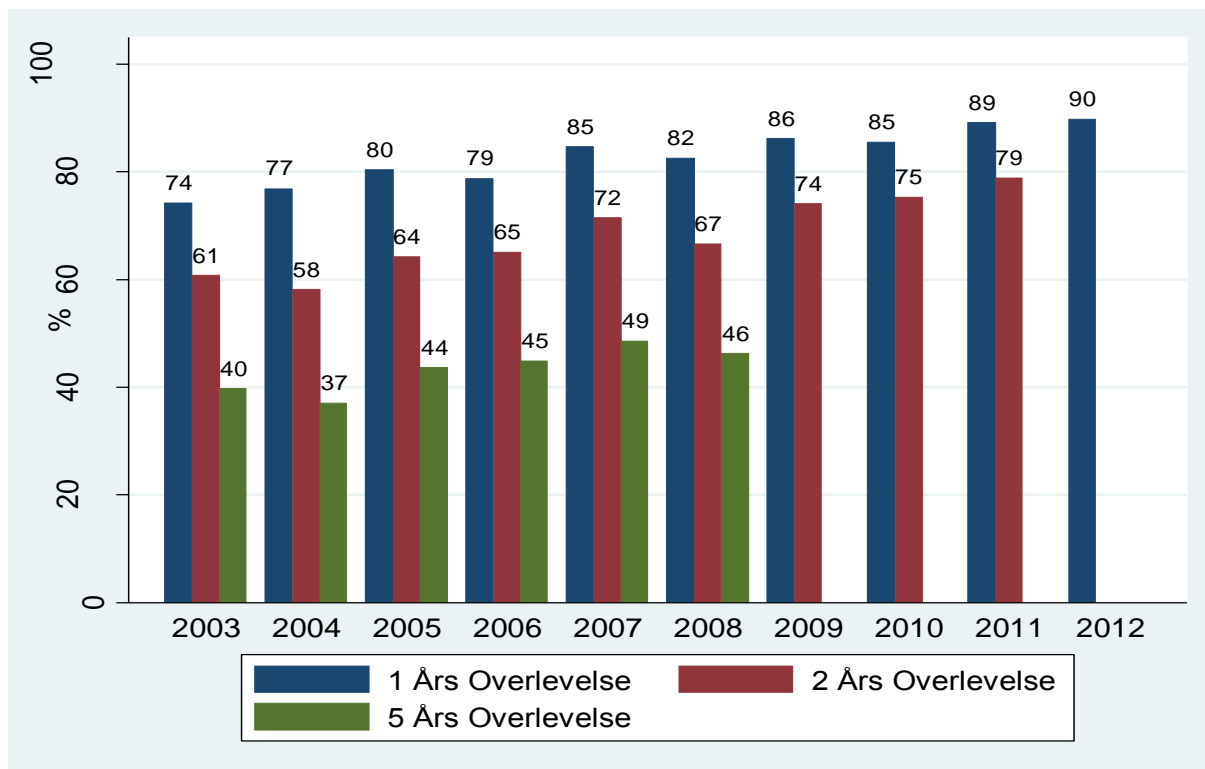
7.2.4.4 Tabel cN/pN skift – regioner

Region	Antal	Valide pN	Valide cN	cN/pN skift	cN/pN skift(%)
Hovedstaden	209	196	196	6	2,9
Sjælland	127	122	110	9	7,1
Syddanmark	181	164	163	5	2,8
Midtjylland	181	171	165	8	4,4
Nordjylland	108	103	106	10	9,3
Danmark	807	757	741	38	4,7

7.2.5 Overlevelse og mortalitet

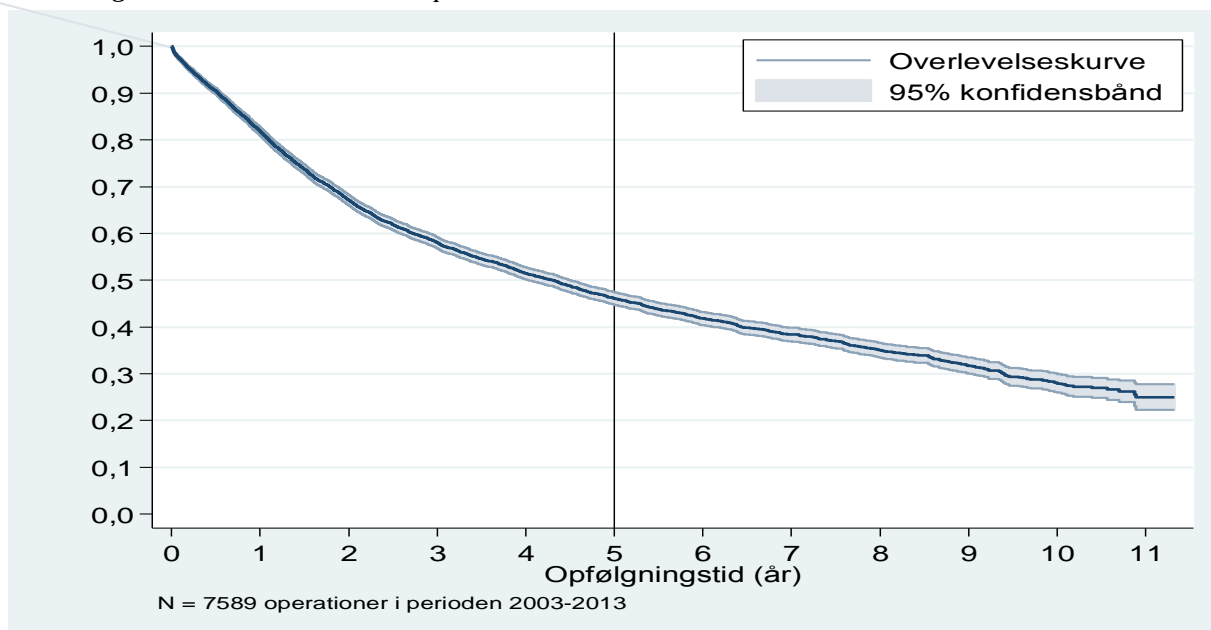
Den samlede observerede overlevelseshastighed for lungecancerpatienter behandlet kirurgisk i DK for de enkelte indrapporterede år fremgår af følgende figur:

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



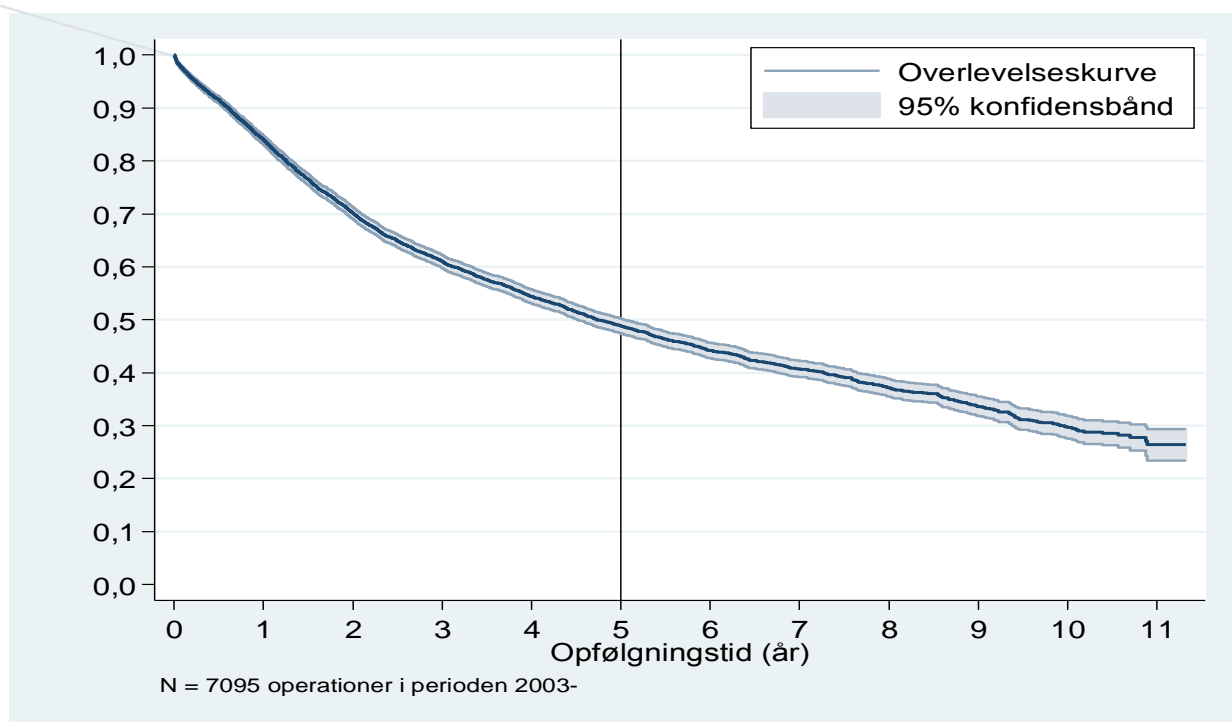
På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver for patienterne opereret i perioden 2003-2013 (n= 7590) vises:

7.2.5.2 Figur Overlevelse totalt – Kaplan Meier



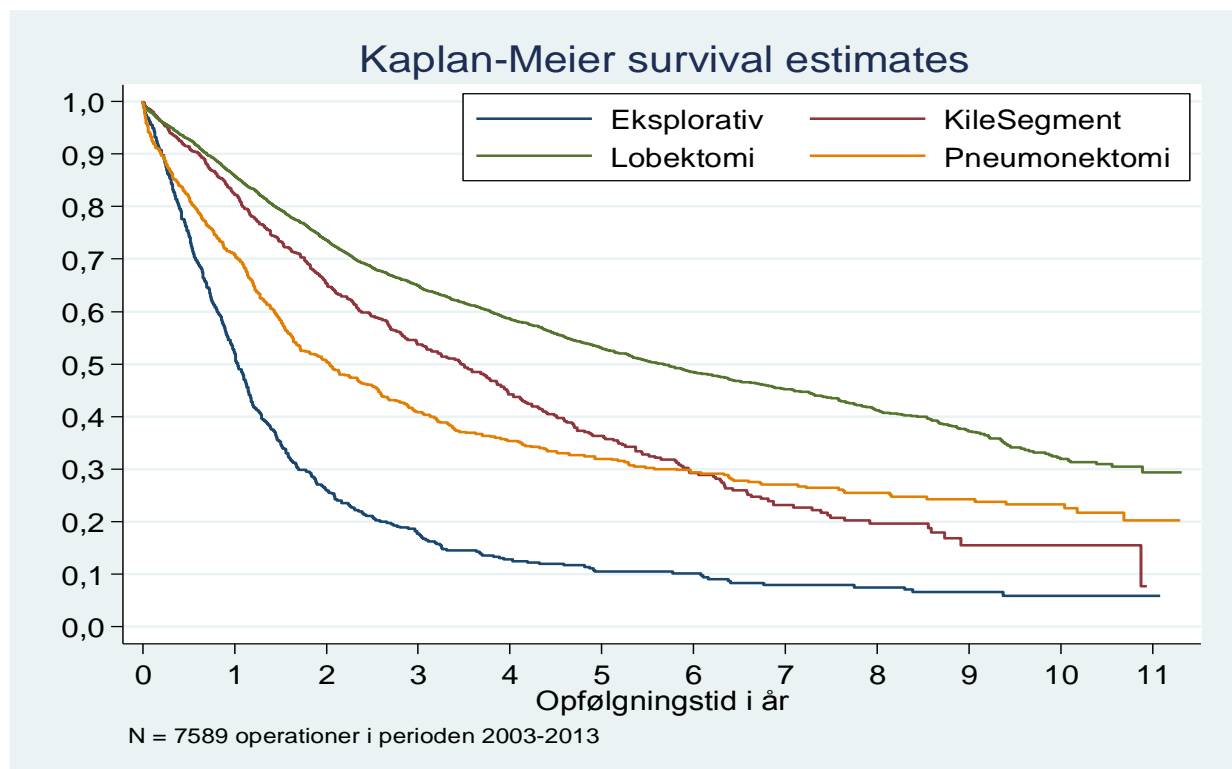
Ser man i stedet på kun de resecerede patienter dvs. alle opererede undtagen de eksplorative, fås følgende kurve:

7.2.5.3 **Figur** Overlevelse resecerede patienter



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2003-2013 (n=7562). Completion lobektomier og carinaresektioner ikke medregnet.

7.2.5.4 **Figur** Overlevelse operationstyper 2003 – 2013 – Kaplan Meier.



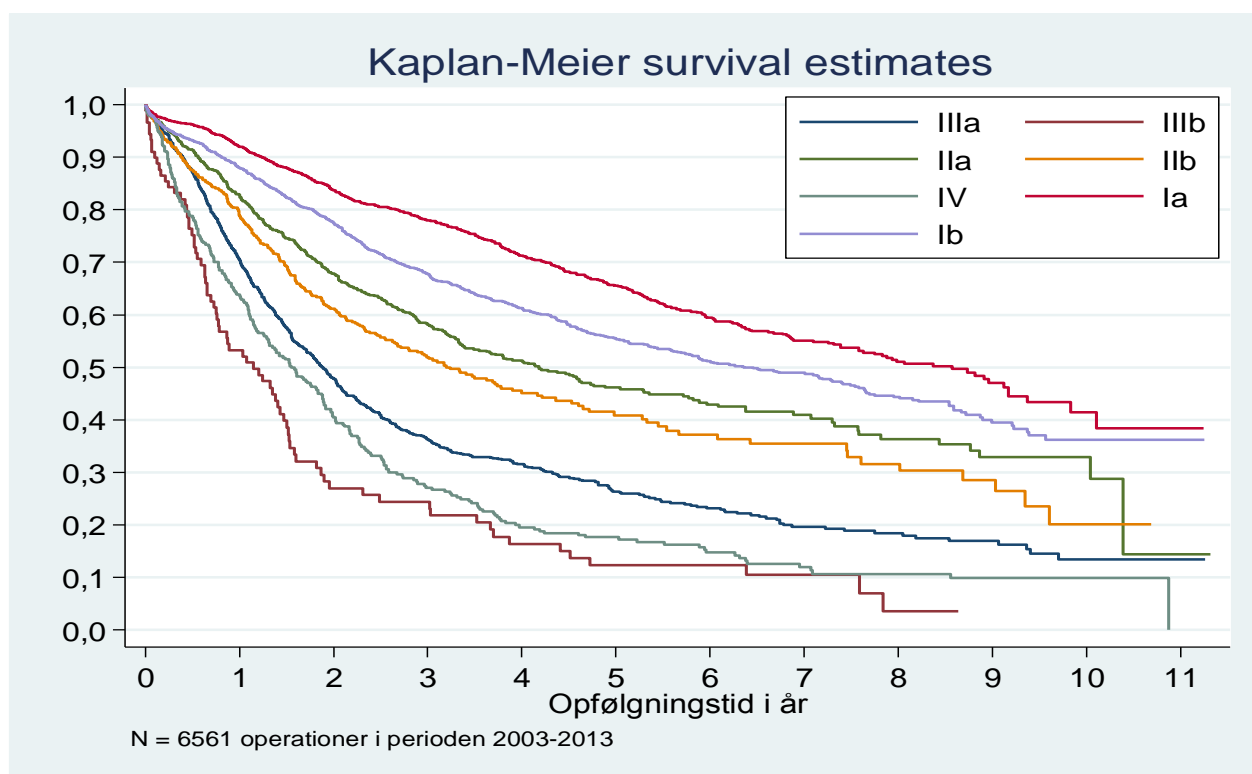
Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) i 2013 for de enkelte operationstyper er anført i tabel 7.2.5.5 med 2012 og gennemsnittet i perioderne 2008 - 14 samt 2003-7 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2013 var 1,4 %:

7.2.5.5 Tabel Postoperativ mortalitet DK og fordelt på afdelinger:

	Eksplorativ	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	Total	1,2	1,6	0,8	1,8	2,9	2,2	2,2
	Eksplorativ	-	-	-	-	-	-	-
	KileSegment	2,8	0,0	0,0	3,2	4,8	0,0	5,6
	Lobektomi	1,0	1,9	0,0	1,3	2,9	2,0	1,4
	Pneumonektomi	0,0	0,0	25,0	7,1	0,0	9,1	3,6
Odense	Total	1,9	2,0	0,5	3,9	2,2	2,4	3,8
	Eksplorativ	-	-	-	-	-	-	-
	KileSegment	3,9	0,0	0,0	6,5	3,0	0,0	0,7
	Lobektomi	1,5	2,3	0,6	1,1	1,5	2,2	3,3
	Pneumonektomi	0,0	0,0	0,0	20,0	5,6	6,7	9,2
Århus	Total	0,6	0,6	1,4	1,1	2,7	4,0	5,0
	Eksplorativ	-	-	-	-	-	-	-
	KileSegment	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	Lobektomi	0,7	0,7	0,9	1,3	2,3	4,0	3,8
	Pneumonektomi	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	8,3	14,1
Aalborg	Total	1,0	1,0	1,2	3,6	1,0	1,0	4,4
	Eksplorativ	-	-	-	-	-	-	-
	KileSegment	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
	Lobektomi	0,0	1,3	1,7	1,4	1,2	0,0	4,2
	Pneumonektomi	10,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	7,0
Danmark	Total	1,4	1,4	0,9	2,2	2,4	2,5	3,8
	Eksplorativ	-	-	-	-	-	-	-
	KileSegment	2,5	0,0	1,0	4,8	2,9	0,0	1,7
	Lobektomi	1,1	1,7	0,6	1,3	2,1	2,3	3,0
	Pneumonektomi	3,0	0,0	5,4	10,8	4,4	6,4	8,4

Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2003-2013:

7.2.5.6 Figur Overlevelse pTNM – Kaplan Meier



Hvorved følgende overlevelsesser kan opstilles:

7.2.5.7 Tabel pTNM stadie overlevelser – totalt

1 års overlevelse i % af antal operationer

Postoperativt stadie	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Ia	90	93	92	92	85	84
Ib	89	82	85	81	82	.
IIa1	95	83	86	85	85	77
IIa2	100	83	73	93	67	.
IIb1	84	82	83	71	81	73
IIb2	81	84	80	78	69	72
IIIa1	88	83	62	81	70	55
IIIa2	90	83	73	73	70	72
IIIa3	.	.	.	0	0	67
IIIb2	68	71	37	75	76	69
IV	84	94	83	90	80	75
Uoplyst	90	89	85	86	82	79
Total	90	93	92	92	85	84

2 års overlevelse i % af antal operationer

Postoperativt stadie	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Ia	86	86	86	78	81
Ib	90	83	89	72	71
IIa1	69	79	67	55	.
IIa2	72	71	77	74	59
IIb1	75	53	79	50	.
IIb2	66	80	56	65	53
IIIa1	77	66	51	45	46
IIIa2	42	47	58	40	38
IIIa3	83	53	40	56	58
IIIb1	0	0	100	50	39
IV	36	26	46	45	46
Uoplyst	76	61	66	60	59
Total	79	75	74	67	64

5 års overlevelse i % af antal operationer

Postoperativt stadie	2008	2003-07*
0	0	50
Ia	63	61
Ib	52	49
IIa1	36	.
IIa2	49	36
IIb1	50	.
IIb2	35	35
IIIa1	25	21
IIIa2	20	22
IIIa3	33	39
IIIb1	25	21
IIIb2	0	0
IV	7	23
Uoplyst	40	39
Total	46	43

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

1 års overlevelse i % af antal operationer

Region	Operation	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	Total	89,8	89,1	86,7	88,8	84,6	84,0
	KileSegment	84,8	92,3	90,3	90,5	87,0	78,9
	Lobektomi	91,0	89,2	87,2	89,0	85,0	86,2
	Pneumonektomi	77,8	75,0	71,4	83,3	72,7	77,4
Odense	Total	88,6	91,3	86,0	80,1	86,8	80,0
	KileSegment	77,8	86,1	80,6	69,7	78,6	80,0
	Lobektomi	90,9	93,7	92,0	84,4	87,7	82,7
	Pneumonektomi	62,5	72,7	50,0	66,7	86,7	69,2
Århus	Total	90,0	86,3	83,1	86,3	76,2	75,3
	KileSegment	89,5	76,2	87,5	100,0	71,4	73,2
	Lobektomi	90,5	87,1	82,6	87,8	78,4	78,3
	Pneumonektomi	75,0	100,0	83,3	50,0	58,3	57,6
Aalborg	Total	92,0	89,2	85,5	91,8	80,8	76,2
	KileSegment	87,5	92,9	83,3	100,0	78,6	77,8
	Lobektomi	93,4	88,3	91,3	92,7	82,7	77,1
	Pneumonektomi	87,5	88,9	28,6	71,4	77,8	72,1
Danmark	Total	89,7	89,2	85,5	86,2	82,5	79,3
	KileSegment	84,2	86,6	85,7	82,6	80,0	78,3
	Lobektomi	91,1	90,0	87,2	88,1	83,7	81,7
	Pneumonektomi	75,9	83,8	59,5	68,9	74,5	69,0

2 års overlevelse i % af antal operationer

Region	Operation	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	Total	78,2	76,7	77,7	71,4	68,4
	KileSegment	65,4	80,6	66,7	69,6	62,0
	Lobektomi	79,9	77,4	80,3	72,1	72,8
	Pneumonektomi	75,0	57,1	58,3	63,6	54,0
Odense	Total	79,7	72,9	67,2	67,7	64,3
	KileSegment	77,8	61,3	51,5	50,0	61,4
	Lobektomi	81,8	80,7	74,1	68,8	70,1
	Pneumonektomi	54,5	40,0	44,4	73,3	45,8
Århus	Total	75,3	75,1	74,0	64,9	61,0
	KileSegment	66,7	68,8	57,1	64,3	61,0
	Lobektomi	78,4	77,4	77,1	67,2	65,1
	Pneumonektomi	55,6	33,3	37,5	41,7	35,9
Aalborg	Total	84,3	74,7	79,6	58,6	63,0
	KileSegment	92,9	83,3	75,0	57,1	58,3
	Lobektomi	85,0	78,3	82,9	57,3	65,6
	Pneumonektomi	66,7	28,6	42,9	77,8	55,8
Danmark	Total	78,8	75,3	74,1	66,6	64,3
	KileSegment	74,2	71,4	59,4	61,5	61,4
	Lobektomi	80,7	78,0	78,3	67,6	68,7
	Pneumonektomi	62,2	43,2	46,7	63,8	46,9

5 års overlevelse i % af antal operationer

Region	Operation	2008	2003-07*
Rigshospitalet	Total	52,7	46,4
	KileSegment	39,1	33,8
	Lobektomi	55,1	50,9
	Pneumonektomi	45,5	34,3
Odense	Total	44,9	43,3
	KileSegment	35,7	34,5
	Lobektomi	45,7	49,1
	Pneumonektomi	46,7	30,8
Århus	Total	45,7	41,2
	KileSegment	14,3	29,3
	Lobektomi	51,2	45,2
	Pneumonektomi	25,0	20,7
Aalborg	Total	37,4	39,2
	KileSegment	21,4	25,0
	Lobektomi	40,0	44,3
	Pneumonektomi	44,4	30,2
Danmark	Total	46,2	43,1
	KileSegment	29,2	33,0
	Lobektomi	49,1	47,6
	Pneumonektomi	40,4	29,5

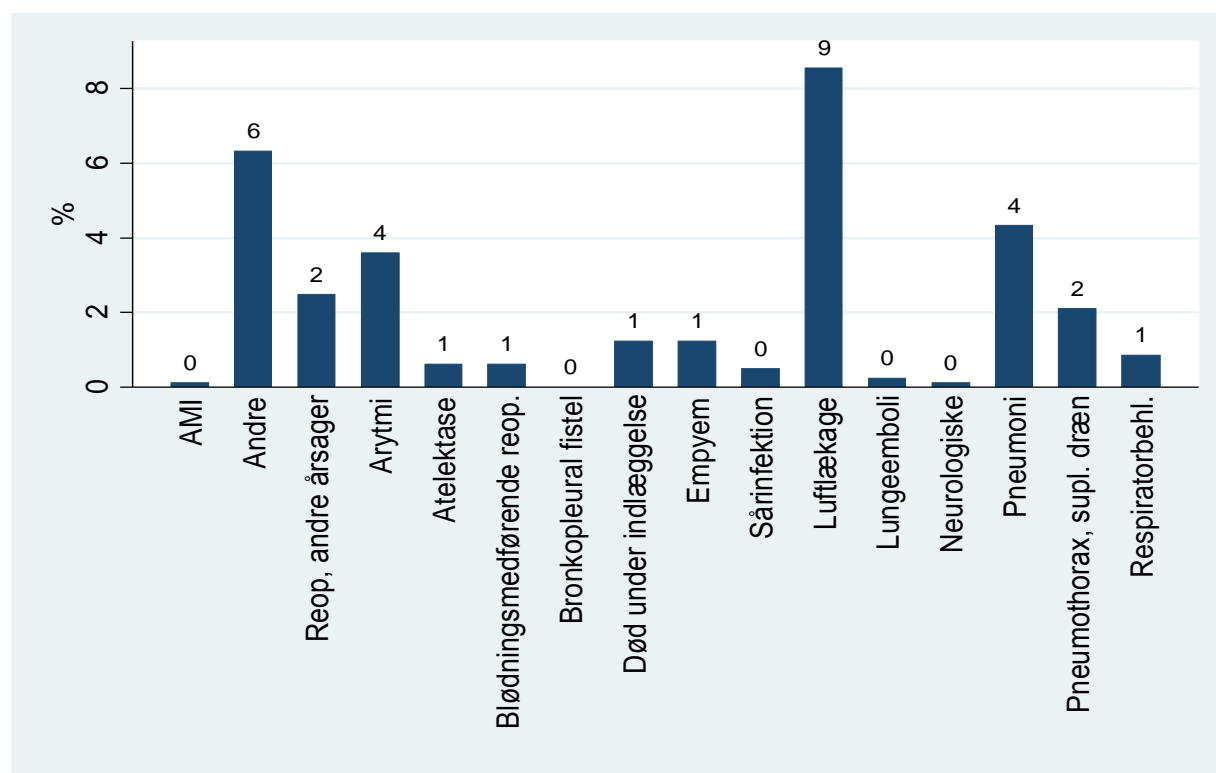
7.2.6 Komplikationer og risikofaktorer

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2013 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.

7.2.6.1 Tabel Komplikationer DK

Antal operationer i 2013	807
Komplikationer (%)	33,0
Død under indlæggelse	1,2
Arytmi	3,6
AMI	0,1
Lungeemboli	0,2
Pneumoni	4,3
Atelektase	0,6
Luftlækage	8,6
Empyem	1,2
Bronkopleural fistel	0,0
Respirator behandling	0,9
Pneumothorax - suppl. dræn	2,1
Neurologisk komplikation	0,1
Blødning medf. reoperation	0,6
Reoperation af anden årsag	2,5
Sår infektion	0,5
Andre komplikationer	6,3

7.2.6.2 Figur Komplikationer



7.2.6.3 Tabel Komplikationer afdelinger

	Rigshospitalet	Odense	Århus	Aalborg	I alt
Død	1,6	1,5	0,0	1,9	1,2
Arytmi	2,0	3,7	4,0	6,5	4,0
Ami	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2
Lungeemboli	0,0	0,4	0,6	0,0	0,2
Pneumoni	5,5	1,1	5,6	7,4	4,9
Atelektase	0,8	0,4	0,6	0,9	0,7
Luftlækage	12,6	6,3	2,8	13,9	8,9
Empyem	2,0	0,7	0,6	1,9	1,3
Bronkopl fistel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Respirator	1,2	0,0	1,7	0,9	1,0
Pneumothorax	2,4	2,2	0,6	3,7	2,2
Neurologisk	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Bloedningreop	0,8	1,1	0,0	0,0	0,5
Andrereop	1,2	3,0	1,1	6,5	2,9
Infektion	1,2	0,0	0,6	0,0	0,4
Andre	7,1	10,1	2,3	1,9	5,3
Antal	254	268	177	108	807

Antal komplikationer og indlæggelsestid:

7.2.6.4 Tabel Komplikationer antal

Antal komplikationer	Antal	Procent af operationer	Median indlæggelsestid	Gennemsnits indlæggelsestid
0	625	77,4	4,0	4,4
1	128	15,9	7,0	8,4
2	37	4,6	12,0	13,8
3 eller flere	17	2,1	21,0	22,8
Total	807	100,0	4,0	5,9

Fordelingen af risikofaktorer i 2013 på de enkelte operationstyper fremgår af følgende tabel. Første kolonne viser antal opererede. Næste kolonne hvor mange af disse der havde en eller flere risikofaktorer, hvorefter de 3 næste kolonner viser, hvor mange der havde én af de anførte risikofaktorer:

7.2.6.5 Tabel Risikofaktorer DK og regionalt

Afdeling	Operation	I alt	Kir risiko	KOL	MBCord	Andre	Ingen
Hovedstaden	Ialt	209	59,3	16,3	10,5	87,6	5,7
	Eksplorativt	2	50,0	50,0	0,0	50,0	0,0
	KileSegment	29	82,8	34,5	27,6	86,2	0,0
	Lobektomi	173	55,5	12,7	8,1	89,0	6,4
	Pneumonektomi	5	60,0	20,0	0,0	60,0	20,0
Sjælland	Ialt	127	65,4	29,1	20,5	69,3	3,9
	Eksplorativt	3	66,7	66,7	66,7	33,3	0,0
	KileSegment	18	88,9	44,4	22,2	66,7	0,0
	Lobektomi	103	61,2	24,3	19,4	70,9	4,9
	Pneumonektomi	3	66,7	66,7	0,0	66,7	0,0
Syddanmark	Ialt	181	72,9	40,3	30,4	59,1	6,6
	Eksplorativt	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	KileSegment	41	87,8	48,8	34,1	63,4	4,9
	Lobektomi	130	69,2	36,9	30,0	56,9	6,2
	Pneumonektomi	10	60,0	50,0	20,0	70,0	20,0
Midtjylland	Ialt	181	76,8	28,7	21,0	80,1	3,3
	Eksplorativt	5	100,0	60,0	20,0	100,0	0,0
	KileSegment	22	90,9	27,3	9,1	90,9	0,0
	Lobektomi	147	74,1	26,5	23,1	78,9	3,4
	Pneumonektomi	7	71,4	57,1	14,3	57,1	14,3
Nordjylland	Ialt	108	74,1	28,7	13,0	85,2	3,7
	Eksplorativt	4	75,0	75,0	25,0	75,0	0,0
	KileSegment	15	86,7	26,7	13,3	80,0	6,7
	Lobektomi	79	70,9	29,1	12,7	84,8	3,8
	Pneumonektomi	10	80,0	10,0	10,0	100,0	0,0
Danmark	Ialt	807	69,3	28,3	19,2	76,3	4,8
	Eksplorativt	14	78,6	64,3	28,6	71,4	0,0
	KileSegment	125	87,2	38,4	24,0	76,0	2,4
	Lobektomi	633	65,6	25,0	18,5	76,6	5,1
	Pneumonektomi	35	68,6	37,1	11,4	74,3	11,4

Afdeling	Operation	I alt	Kir risiko	KOL	MBCord	Andre	Ingen
Rigshospitalet	Ialt	254	59,4	15,4	9,1	88,6	5,1
	Eksplorativt	3	33,3	33,3	0,0	66,7	0,0
	KileSegment	37	83,8	29,7	24,3	86,5	0,0
	Lobektomi	209	55,5	12,4	6,7	90,0	5,7
	Pneumonektomi	5	60,0	20,0	0,0	60,0	20,0
Odense	Ialt	268	72,0	40,3	31,0	58,2	6,0
	Eksplorativt	2	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
	KileSegment	52	88,5	51,9	32,7	61,5	3,8
	Lobektomi	201	68,2	35,8	30,8	57,2	6,0
	Pneumonektomi	13	61,5	53,8	15,4	69,2	15,4
Århus	Ialt	177	76,3	28,2	19,8	80,8	3,4
	Eksplorativt	5	100,0	60,0	20,0	100,0	0,0
	KileSegment	21	90,5	28,6	9,5	90,5	0,0
	Lobektomi	144	73,6	25,7	21,5	79,9	3,5
	Pneumonektomi	7	71,4	57,1	14,3	57,1	14,3
Aalborg	Ialt	108	74,1	28,7	13,0	85,2	3,7
	Eksplorativt	4	75,0	75,0	25,0	75,0	0,0
	KileSegment	15	86,7	26,7	13,3	80,0	6,7
	Lobektomi	79	70,9	29,1	12,7	84,8	3,8
	Pneumonektomi	10	80,0	10,0	10,0	100,0	0,0
Danmark	Ialt	807	69,3	28,3	19,2	76,3	4,8
	Eksplorativt	14	78,6	64,3	28,6	71,4	0,0
	KileSegment	125	87,2	38,4	24,0	76,0	2,4
	Lobektomi	633	65,6	25,0	18,5	76,6	5,1
	Pneumonektomi	35	68,6	37,1	11,4	74,3	11,4

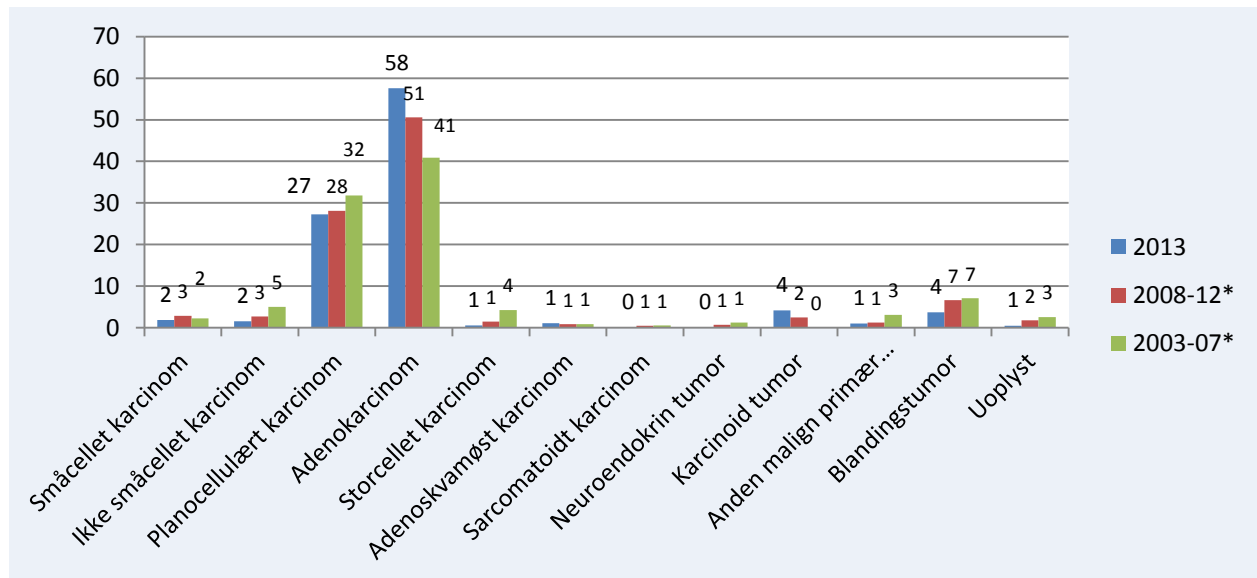
7.2.7 Patologi

Patologityperne fordeler sig i % i populationen 2003 – 2014 således:

7.2.7.1 Tabel Patologityper per år

Patologityper per år	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Antal operationer	807	849	744	746	713	668	612
Småcellet karcinom	1,9	2,2	2,0	2,7	3,6	3,9	2,3
Ikke småcellet karcinom	1,6	1,9	2,3	2,3	2,2	4,9	5,0
Planocellulært karcinom	27,3	27,8	28,6	26,7	29,6	27,7	31,8
Adenokarcinom	57,6	54,5	52,6	50,5	46,3	48,8	40,9
Storcellet karcinom	0,6	0,6	0,5	1,1	3,8	1,3	4,3
Adenoskvamøst karcinom	1,1	1,1	0,9	0,8	1,0	0,6	0,9
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,2	0,3	0,5	1,0	0,6	0,6
Neuroendokrin tumor	0,2	0,4	0,4	0,5	0,8	1,5	1,3
Karcinoid tumor	4,2	3,9	3,9	2,8	1,7	0,0	0,0
Anden malign primær lungecancer (NOS)	1,0	1,2	1,2	1,6	1,4	1,0	3,1
Blandingstumor	3,7	5,7	5,5	8,4	6,3	7,2	7,1
Uoplyst	0,5	0,6	1,7	2,0	2,2	2,4	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.2.7.2 Figur Patologyper per år – totalt



Fordelt på kvinder og mænd:

7.2.7.3 Tabel Patologyper per år – kvinder

Patologyper per år	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*	Total
Antal operationer	438	435	400	370	350	334	268	3668
Småcellet karcinom	1,8	1,1	2,0	1,6	2,9	4,8	1,8	2,1
Ikke småcellet karcinom	1,1	0,7	2,3	1,6	0,6	2,7	4,6	2,6
Planocellulært karcinom	17,4	18,9	17,5	16,2	19,7	19,8	21,6	19,4
Adenokarcinom	64,8	63,9	59,8	63,0	56,9	59,3	51,8	57,9
Storcellet karcinom	0,9	0,5	0,8	0,5	3,7	1,2	4,6	2,5
Adenoskvamøst karcinom	1,4	0,7	1,3	0,5	0,0	0,6	0,7	0,7
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,5	0,0	0,5	1,1	1,2	0,4	0,5
Neuroendokrin tumor	0,2	0,7	0,3	0,5	0,6	1,8	1,5	1,0
Karcinoid tumor	5,9	5,7	6,3	3,5	2,0	0,0	0,0	2,6
Anden malign primær lungecancer (NOS)	1,1	1,8	1,0	1,6	1,4	0,9	3,0	1,9
Blandingstumor	4,1	4,8	6,5	7,0	8,9	4,8	6,6	6,2
Uoplyst	0,9	0,7	2,5	3,2	2,3	3,0	3,5	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.2.7.4 Tabel Patologityper per år – mænd:

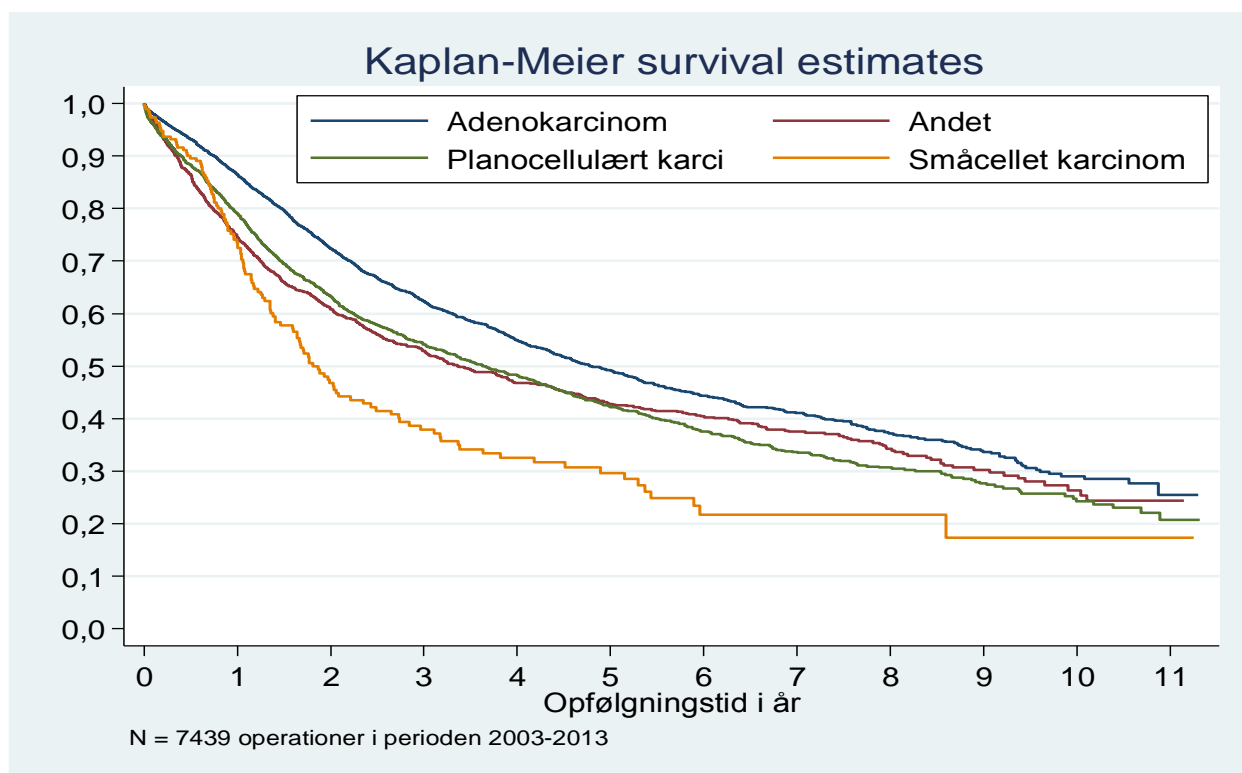
Patologityper per år	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*	Total
Antal operationer	369	414	344	376	363	334	344	3921
Småcellet karcinom	1,9	3,4	2,0	3,7	4,4	3,0	2,7	2,9
Ikke småcellet karcinom	2,2	3,1	2,3	2,9	3,9	7,2	5,3	4,3
Planocellulært karcinom	39,0	37,2	41,6	37,0	39,1	35,6	39,7	38,9
Adenokarcinom	49,1	44,7	44,2	38,3	36,1	38,3	32,4	37,7
Storcellet karcinom	0,3	0,7	0,3	1,6	3,9	1,5	4,1	2,6
Adenoskvamøst karcinom	0,8	1,4	0,6	1,1	1,9	0,6	1,2	1,1
Sarcomatoidt karcinom	0,3	0,0	0,6	0,5	0,8	0,0	0,8	0,5
Neuroendokrin tumor	0,3	0,0	0,6	0,5	1,1	1,2	1,1	0,8
Karcinoid tumor	2,2	1,9	1,2	2,1	1,4	0,0	0,0	0,8
Anden malign primær lungecancer (NOS)	0,8	0,5	1,5	1,6	1,4	1,2	3,3	2,1
Blandingstumor	3,3	6,5	4,4	9,8	3,9	9,6	7,5	6,8
Uoplyst	0,0	0,5	0,9	0,8	2,2	1,8	2,0	1,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.2.7.5 Tabel Operationstyper og Patologityper

Patologitype	Antal	Eksplo- rativt (%)	Kile- og segment (%)	Lobek- tomi (%)	Pneumo- nektomi (%)
Danmark	803	1,7	15,3	78,6	4,2
Småcellet karcinom	15	6,7	13,3	80,0	0,0
Ikke småcellet karcinom	13	23,1	15,4	61,5	0,0
Planocellulært karcinom	220	2,7	12,3	75,9	9,1
Adenokarcinom	465	0,6	15,5	81,7	2,2
Storcellet karcinom	5	0,0	20,0	60,0	20,0
Adenoskvamøst karcinom	9	0,0	55,6	44,4	0,0
Sarcomatoidt karcinom	2	50,0	0,0	50,0	0,0
Neuroendokrin tumor	2	0,0	0,0	100,0	0,0
Karcinoid tumor	34	0,0	17,6	79,4	2,9
Anden malign primær lungec.(NOS)	8	0,0	12,5	75,0	0,0
Blandingstumor	30	0,0	23,3	70,0	6,7

Ser man på 2003-2013 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 7439 patienter, ser overlevelseskurven således ud.

7.2.7.6 **Figur** Overlevelse Patologityper Kaplan Meier



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i perioden 2003 - 2013 fremgår af følgende fordelt på observationsperiode:

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

1 års overlevelse i % af operationer

Patologityper	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Antal operationer	778	675	668	636	599	517
Småcellet karcinom	80,0	75,0	71,4	89,5	86,4	68,1
Ikke småcellet karcinom	91,7	63,6	92,3	90,0	68,0	75,0
Planocellulært karcinom	86,0	88,1	86,7	83,2	80,5	77,3
Adenokarcinom	91,5	90,8	85,3	88,3	85,2	84,4
Storcellet karcinom	100,0	75,0	100,0	68,2	100,0	64,6
Adenoskvamøst karcinom	88,9	100,0	80,0	100,0	75,0	63,0
Sarcomatoidt karcinom	50,0	.	33,3	100,0	50,0	47,1
Neuroendokrin tumor	100,0	50,0	75,0	100,0	90,0	97,1
Karcinoid tumor	97,0	100,0	100,0	100,0	.	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	100,0	100,0	57,1	85,7	57,1	62,1
Blandingstumor	85,7	84,2	82,5	76,9	75,6	75,1
Uoplyst	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,9
I alt	89,7	89,2	85,5	86,2	82,5	79,3

2 års overlevelse i % af operationer

Patologityper	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Antal operationer	675	668	636	599	517
Småcellet karcinom	58,3	50,0	57,9	50,0	44,7
Ikke småcellet karcinom	54,5	84,6	60,0	56,0	52,9
Planocellulært karcinom	75,8	74,4	71,9	61,6	61,5
Adenokarcinom	79,9	74,9	76,3	71,1	69,9
Storcellet karcinom	75,0	85,7	50,0	77,8	50,4
Adenoskvamøst karcinom	83,3	80,0	71,4	25,0	51,9
Neuroendokrin tumor	50,0	75,0	100,0	90,0	94,1
Karcinoid tumor	100,0	100,0	100,0	.	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	100,0	57,1	85,7	57,1	48,5
Blandingstumor	78,9	75,4	71,8	60,0	60,6
Uoplyst	91,7	90,9	100,0	100,0	87,9
I alt	78,8	75,3	74,1	66,6	64,3

5 års overlevelse i % af operationer

Patologityper	2008	2003-07*
Antal operationer	599	517
Småcellet karcinom	31,8	27,7
Ikke småcellet karcinom	40,0	35,6
Planocellulært karcinom	39,0	41,2
Adenokarcinom	49,7	45,3
Storcellet karcinom	55,6	35,4
Sarcomatoidt karcinom	50,0	23,5
Neuroendokrin tumor	80,0	79,4
Anden malign primær lungecancer (NOS)	42,9	34,8
Blandingstumor	44,4	38,9
Uoplyst	90,9	75,8
I alt	46,2	43,1

7.3 Onkologi

Der er over de seneste 10 år sket en væsentlig prognoseforbedring både hvad angår 1-, 2-, og 5-års overlevelsen af lungekræft. Prognose forbedringen er sket i alle regioner og i alle stadier, også de lokal avancerede og avancerede som har fået gavn af den betydelige udvikling der sker indenfor de onkologiske behandlingstilbud. Dette er bl.a. en følge af intensiveret og individualiseret onkologisk behandling.

Kvinder udgør efter mange års stigning nu en fraktion på 50,4 % af alle lungekræft tilfælde og det er således første gang at lungekræft i Danmark er hyppigere hos kvinder end hos mænd.

Halvdelen af patienter henvist til onkologisk behandling er 69 år eller ældre, 5 % er over 85 år og ældste henviste var 95 år. Co-morbiditet er derfor en komplicerende faktor for mange.

Hvad angår prognose i relation til den givne behandling er 1- og 2-års overlevelsen for patienter som har modtaget intenderet kurativ onkologisk behandling uden forudgående kirurgi nu henholdsvis 66,5 % og 46,2 % mod henholdsvis 60,5 % og 33,2% for patienter behandlet 2003-2007. For patienter som modtager palliativ behandling er 1-års overlevelsen nu 29,7 % mod 25,6 % i 2003-2007.

Selvom behandlingsresultaterne gradvist er forbedret viser disse tal tydeligt, at der fortsat er behov for betydelige behandlingsforbedringer ved denne alvorlige sygdom.

Jens Benn Sørensen

Overlæge, dr.med., Klinisk lektor

Formand for Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG), www.DOLG.dk

7.3.1 Onkologiske forløb.

Afdelingerne har indberettet i alt 2705 patienter med en 1. onkologisk behandlingsdato i 2013 og de tidligere år. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år. I lighed med tidligere år bemærkes, at indberetningerne pga. de lange patientforløb har en forsinkelse, og at det endelige antal først kan konstateres efter 1 – 2 år:

*= gennemsnit for 5 år

7.3.1.1 Tabel Antal forløb – afdelinger

Afdeling	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	390	348	292	267	240	280	231
Herlev	322	345	351	305	320	333	289
Hillerød	88	106	103	84	106	142	60
Roskilde	151	172	134	156	98	100	63
Næstved	235	214	190	190	213	145	66
Bornholm	17	21	23	18	16	21	8
Odense	460	426	332	273	340	365	314
Sønderborg	23	30	24	18	27	19	.
Vejle	244	278	285	239	250	232	190
Herning	120	72	50	31	16	22	16
Århus	348	470	442	403	438	398	253
Aalborg	307	317	249	262	239	235	205
Danmark	2.705	2.799	2.475	2.246	2.303	2.273	1.714

På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2013 således:

7.3.1.2 Tabel Kønsfordeling

Afdeling	Antal Henvisninger	Kvinde %	Mand %
Rigshospitalet	390	52,1	47,9
Herlev	322	51,2	48,8
Hillerød	88	46,6	53,4
Roskilde	151	45,7	54,3
Næstved	235	50,6	49,4
Bornholm	17	35,3	64,7
Odense	460	48,5	51,5
Sønderborg	23	52,2	47,8
Vejle	244	51,2	48,8
Herning	120	55,0	45,0
Århus	348	48,9	51,1
Aalborg	307	51,5	48,5
Danmark	2705	50,2	49,8

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.:

7.3.1.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn

Afdeling	Bopælsregion	Antal Henvisninger	Kvinde%	Mand%
Rigshospitalet	Hovedstaden	315	53,3	46,7
	Sjælland	73	47,9	52,1
Herlev	Hovedstaden	312	51,6	48,4
	Midtjylland	1	0,0	100,0
	Sjælland	9	44,4	55,6
Hillerød	Hovedstaden	87	47,1	52,9
Roskilde	Hovedstaden	1	0,0	100,0
	Sjælland	149	46,3	53,7
Næstved	Hovedstaden	1	100,0	0,0
	Sjælland	234	50,4	49,6
Bornholm	Hovedstaden	17	35,3	64,7
Odense	Hovedstaden	1	100,0	0,0
	Midtjylland	2	100,0	0,0
	Sjælland	20	60,0	40,0
	Syddanmark	437	47,6	52,4
Sønderborg	Syddanmark	23	52,2	47,8
Vejle	Midtjylland	33	48,5	51,5
	Syddanmark	211	51,7	48,3
Århus	Midtjylland	337	48,1	51,9
	Nordjylland	11	72,7	27,3
Herning	Midtjylland	119	55,5	44,5
Aalborg	Midtjylland	1	0,0	100,0
	Nordjylland	305	51,5	48,5
	Syddanmark	1	100,0	0,0
Danmark	Henvist fra:	2705	50,2	49,8

Patienternes alder fordeler sig således:

7.3.1.4 Tabel Aldersfordeling

Afdeling	Antal Henvisninger	Aldersfordeling					
		Mean	Median	p5	p95	min	max
Rigshospitalet	390	67,5	67,0	49,0	85,0	34,0	93,0
Herlev	322	67,6	68,0	51,0	83,0	38,0	87,0
Hillerød	88	67,7	67,0	50,0	82,0	38,0	87,0
Roskilde	151	67,4	68,0	54,0	80,0	39,0	84,0
Næstved	235	67,6	68,0	53,0	82,0	37,0	87,0
Bornholm	17	72,1	71,0	62,0	81,0	62,0	81,0
Odense	460	68,7	69,0	52,0	83,0	40,0	91,0
Sønderborg	23	67,0	69,0	59,0	73,0	55,0	73,0
Vejle	244	67,6	68,5	51,0	81,0	35,0	87,0
Herning	120	67,6	69,0	51,0	80,0	48,0	85,0
Århus	348	68,3	69,0	52,0	83,0	40,0	89,0
Aalborg	307	68,4	69,0	51,0	83,0	30,0	95,0
Danmark	2705	68,1	68,8	49,0	85,0	30,0	95,0

7.3.2 Behandlingsaktivitet

Afdelingerne har i 2013 indberettet behandlingsmodaliteter, som det fremgår af det følgende. Den intenderede kurative terapi gives således:

7.3.2.1 Tabel Behandlingsmodaliteter – kurativ intenderet stråleterapi gennemført

Afdeling	Behandlingstype i % af samlede antal behandlinger		
	Antal Behandlinger	Strålebeh%	Stereotaktisk Strålebeh%
Rigshospitalet	109	60,6	39,4
Herlev	3	100,0	0,0
Hillerød	0	.	.
Roskilde	1	0,0	100,0
Næstved	1	100,0	0,0
Bornholm	0	.	.
Odense	150	56,7	43,3
Sønderborg	0	.	.
Vejle	3	100,0	0,0
Herning	0	.	.
Århus	92	54,3	45,7
Aalborg	3	100,0	0,0
Danmark	362	58,3	41,7

Den palliative terapi gives således:

7.3.2.2 Tabel Behandlingsmodaliteter – palliativ intenderet terapi

Afdeling	Behandlingstype i % af samlede antal behandlinger		
	Antal Behandlinger	Strålebeh %	Kemobeh %
Rigshospitalet	247	44,5	55,5
Herlev	284	31,7	68,3
Hillerød	80	0,0	100,0
Roskilde	108	0,0	100,0
Næstved	216	10,6	89,4
Bornholm	14	0,0	100,0
Odense	313	41,9	58,1
Sønderborg	21	4,8	95,2
Vejle	159	21,4	78,6
Herning	112	0,0	100,0
Århus	201	37,3	62,7
Aalborg	231	35,1	64,9
Danmark	1986	27,4	72,6

Palliativ intenderet stråleterapi gives denne på følgende indikationer i %:

7.3.2.3 Tabel Behandlingsmodaliteter – pallierende stråleterapi – indikation

Afdeling	Indikation i % af antal behandlinger med palliativ intenderet stråleterapi							
	Antal Behandlinger	Primær Tumor	Knogle	Hjerne metastaser	Medulært tværsnit	V.cava sup. syndrom	PCI	Anden
Rigshospitalet	80	40,0	17,5	21,3	18,8	0,0	0,0	2,5
Herlev	37	56,8	8,1	18,9	8,1	0,0	0,0	8,1
Næstved	21	42,9	9,5	42,9	0,0	0,0	0,0	4,8
Bornholm	2	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Odense	8	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sønderborg	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vejle	32	56,3	9,4	28,1	3,1	0,0	3,1	0,0
Herning	8	37,5	12,5	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0
Århus	65	90,8	4,6	1,5	0,0	3,1	0,0	0,0
Aalborg	79	64,6	1,3	11,4	2,5	1,3	0,0	19,0
Danmark	333	60,1	8,4	17,1	6,9	0,9	0,3	6,3

Neoadjuverende terapi gives således:

7.3.2.4 Tabel Behandlingsmodaliteter – neoadjuverende terapi

Afdeling	Behandlingstype i % af samlede antal behandlinger		
	Antal Behandlinger	Strålebeh %	Kemobeh %
Roskilde	1	0,0	100,0
Odense	1	0,0	100,0
Sønderborg	1	0,0	100,0
Vejle	2	0,0	100,0
Danmark	5	0,0	100,0

Den adjuverende terapi gives således:

7.3.2.5 Tabel Behandlingsmodaliteter – adjuverende terapi

Afdeling	Behandlingstype i % af samlede antal behandlinger		
	Antal Behandlinger	Strålebeh %	Kemobeh %
Rigshospitalet	22	0,0	100,0
Herlev	15	6,7	93,3
Hillerød	8	0,0	100,0
Roskilde	14	0,0	100,0
Næstved	18	0,0	100,0
Bornholm	2	0,0	100,0
Odense	28	14,3	85,7
Sønderborg	1	0,0	100,0
Vejle	19	0,0	100,0
Herning	1	0,0	100,0
Århus	31	12,9	87,1
Aalborg	31	3,2	96,8
Danmark	190	5,3	94,7

7.3.3 Overlevelse og mortalitet

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

7.3.3.1 Tabel Overlevelse – kurativ intenderet terapi (intension anført af afdelingerne)

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 1. års overlevelse i %							
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	912	49,6	62,6	76,7	47,6	50,0	40,0	40,3
Herlev	390	72,6	60,5	62,5	82,5	78,8	83,9	82,8
Hillerød	24	70,8	.	66,7	66,7	75,0	66,7	72,7
Roskilde	152	59,9	67,6	71,4	57,1	40,0	80,0	54,5
Næstved	55	65,5	25,0	72,7	100,0	83,3	50,0	56,3
Bornholm	7	71,4	.	50,0	.	100,0	100,0	66,7
Odense	508	70,9	70,0	74,6	71,0	68,8	75,0	69,6
Sønderborg	35	68,6	83,3	100,0	100,0	44,4	.	68,8
Vejle	340	70,3	64,5	67,9	66,7	79,4	72,7	72,1
Herning	18	77,8	.	.	0,0	.	80,0	83,3
Århus	571	66,5	72,5	76,4	56,0	56,7	63,1	67,8
Aalborg	189	70,9	68,4	77,8	75,0	84,0	63,6	60,0
Danmark	3.201	63,6	66,5	72,1	61,6	62,0	59,2	60,5

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 2. års overlevelse i %						
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	765	25,2	46,5	27,6	28,4	19,2	19,7
Herlev	304	44,7	37,5	45,6	51,5	45,2	49,4
Hillerød	24	41,7	33,3	66,7	50,0	33,3	36,4
Roskilde	118	33,9	42,9	32,1	20,0	60,0	31,8
Næstved	51	47,1	50,0	100,0	83,3	50,0	18,8
Bornholm	7	57,1	50,0	.	100,0	100,0	33,3
Odense	388	43,6	50,7	41,9	45,8	39,6	41,8
Sønderborg	29	44,8	100,0	50,0	33,3	.	43,8
Vejle	278	45,3	47,2	33,3	58,8	51,5	42,6
Herning	18	50,0	.	0,0	.	80,0	41,7
Århus	451	39,7	47,2	34,5	37,3	49,2	34,9
Aalborg	132	39,4	52,8	35,0	44,0	36,4	27,5
Danmark	2.565	37,2	46,2	35,4	39,6	36,3	33,2

5 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 5. års overlevelse i %			
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2008	2003-07*
Rigshospitalet	440	7,7	6,9	8,1
Herlev	118	22,0	19,4	23,0
Hillerød	14	28,6	33,3	27,3
Roskilde	71	4,2	20,0	3,0
Næstved	20	20,0	25,0	18,8
Bornholm	4	50,0	100,0	33,3
Odense	242	16,9	18,8	16,5
Sønderborg	16	18,8	.	18,8
Vejle	155	17,4	18,2	17,2
Herning	17	11,8	20,0	8,3
Århus	211	15,6	13,8	16,4
Aalborg	51	15,7	18,2	15,0
Danmark	1.359	13,8	13,7	13,8

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

7.3.3.2 Tabel Overlevelse – palliativ intenderet terapi (intension anført af afdelingerne)

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 1. års overlevelse i %							
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	1.467	23,8	23,2	27,7	27,4	22,0	27,2	21,9
Herlev	2.555	28,3	28,4	23,1	31,9	30,2	26,5	28,6
Hillerød	765	34,9	33,3	33,3	37,1	39,6	32,8	34,6
Roskilde	761	28,1	30,4	27,4	30,8	28,2	29,7	25,2
Næstved	1.188	35,3	51,0	36,4	27,6	29,6	35,0	32,0
Bornholm	121	21,5	11,1	40,0	16,7	35,7	25,0	9,7
Odense	2.556	25,0	25,5	25,8	23,6	23,7	23,5	25,6
Sønderborg	160	26,9	33,3	31,8	37,5	33,3	.	20,0
Vejle	1.770	26,2	30,5	25,7	25,8	24,6	24,6	26,2
Herning	253	31,2	23,6	38,0	40,0	62,5	29,4	23,5
Århus	2.660	20,8	25,9	23,1	23,2	18,0	17,5	19,7
Aalborg	1.906	25,1	27,7	23,5	22,7	23,9	23,4	26,0
Danmark	16.162	26,3	29,7	26,9	26,8	25,9	25,3	25,5

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 2. års overlevelse i %						
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	1.286	9,3	10,1	11,1	11,0	8,8	8,7
Herlev	2.319	11,0	7,6	13,7	9,0	9,5	11,9
Hillerød	672	14,7	8,0	17,1	13,9	14,9	16,4
Roskilde	636	8,8	7,1	12,0	11,8	9,9	6,5
Næstved	978	12,2	17,9	10,9	12,6	13,1	9,2
Bornholm	103	9,7	20,0	0,0	21,4	15,0	0,0
Odense	2.278	8,9	9,8	9,6	5,9	8,7	9,2
Sønderborg	136	8,8	13,6	0,0	16,7	.	7,5
Vejle	1.573	8,0	6,5	10,8	6,4	9,9	7,7
Herning	181	8,8	8,0	13,3	18,8	5,9	5,9
Århus	2.344	6,3	6,8	9,3	6,3	3,8	6,1
Aalborg	1.682	7,7	9,3	6,0	9,7	9,6	7,0
Danmark	14.188	9,1	9,2	10,4	8,9	9,1	8,8

5 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 5. års overlevelse i %			
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2008	2003-07*
Rigshospitalet	872	3,0	4,4	2,7
Herlev	1.600	3,7	2,1	4,0
Hillerød	414	3,4	2,2	3,9
Roskilde	321	1,6	1,1	1,7
Næstved	443	2,7	4,4	2,0
Bornholm	51	2,0	5,0	0,0
Odense	1.535	2,5	2,8	2,4
Sønderborg	80	2,5	.	2,5
Vejle	962	1,5	1,0	1,6
Herning	85	1,2	0,0	1,5
Århus	1.355	1,1	1,3	1,1
Aalborg	1.107	1,4	2,1	1,3
Danmark	8.825	2,3	2,3	2,3

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

7.3.3.3 Tabel Overlevelse – neoadjuverende terapi (intension anført af afdelingerne)

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Antal Behandlede	Observeret 1. års overlevelse i %						
		Total overlevelse	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	56	51,8	100,0	0,0	.	.	100,0	51,0
Herlev	2	100,0	.	.	100,0	100,0	.	.
Hillerød	1	100,0	.	.	.	.	.	100,0
Roskilde	1	100,0	.	.	.	.	.	100,0
Næstved	5	60,0	.	.	100,0	50,0	.	50,0
Bornholm	2	100,0	100,0	.	.	.	.	.
Odense	50	72,0	75,0	50,0	60,0	62,5	75,0	82,4
Vejle	41	63,4	100,0	66,7	66,7	.	66,7	57,7
Århus	10	30,0	.	.	0,0	0,0	100,0	20,0
Aalborg	77	54,5	55,6	75,0	42,9	37,5	55,6	64,7
Danmark	245	59,2	75,0	62,5	52,0	44,8	68,4	58,3

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Antal Behandlede	Observeret 2. års overlevelse i %					
		Total overlevelse	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	54	33,3	0,0	.	.	100,0	33,3
Herlev	2	50,0	.	100,0	0,0	.	.
Hillerød	1	100,0	.	.	.	.	100,0
Roskilde	1	0,0	.	.	.	.	0,0
Næstved	5	40,0	.	100,0	50,0	.	0,0
Odense	38	47,4	0,0	40,0	37,5	50,0	64,7
Vejle	38	42,1	66,7	0,0	.	33,3	42,3
Århus	10	10,0	.	0,0	0,0	0,0	20,0
Aalborg	68	38,2	58,3	28,6	18,8	44,4	47,1
Danmark	217	38,2	45,8	32,0	24,1	42,1	40,8

5 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Antal Behandlede	Observeret 5. års overlevelse i %		
		Total overlevelse	2008	2003-07*
Rigshospitalet	52	11,5	100,0	9,8
Hillerød	1	100,0	.	100,0
Roskilde	1	0,0	.	0,0
Næstved	2	0,0	.	0,0
Odense	21	47,6	50,0	47,1
Vejle	29	27,6	0,0	30,8
Århus	7	0,0	0,0	0,0
Aalborg	26	3,8	0,0	5,9
Danmark	139	18,7	15,8	19,2

7.3.3.4 Tabel Overlevelse – adjuverende terapi (intension anført af afdelingerne)

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 1. års overlevelse i %							
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	124	80,6	72,2	93,8	77,8	93,3	100,0	70,3
Herlev	152	83,6	82,6	66,7	76,2	100,0	94,7	87,8
Hillerød	49	89,8	100,0	76,9	81,8	100,0	100,0	100,0
Roskilde	60	85,0	76,9	71,4	72,7	100,0	100,0	94,4
Næstved	34	76,5	.	66,7	91,7	80,0	50,0	71,4
Bornholm	8	87,5	100,0	100,0	.	100,0	.	80,0
Odense	167	82,6	87,5	82,4	100,0	78,6	87,0	79,8
Sønderborg	1	100,0	.	.	.	.	.	100,0
Vejle	80	88,8	81,3	100,0	66,7	84,6	100,0	93,1
Herning	1	100,0	.	.	.	.	.	100,0
Århus	161	75,8	82,4	75,0	81,3	63,2	62,5	78,3
Aalborg	124	87,9	88,9	94,4	83,3	81,8	79,2	100,0
Danmark	961	82,9	83,9	80,9	80,6	84,5	84,4	83,2

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Observeret 2. års overlevelse i %						
	Antal Behandlede	Total overlevelse	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Rigshospitalet	106	64,2	68,8	66,7	73,3	100,0	45,9
Herlev	129	70,5	53,3	57,1	88,9	73,7	80,5
Hillerød	36	77,8	76,9	81,8	100,0	40,0	100,0
Roskilde	47	66,0	57,1	54,5	62,5	66,7	77,8
Næstved	34	55,9	66,7	66,7	80,0	25,0	28,6
Bornholm	7	57,1	100,0	.	0,0	.	60,0
Odense	151	64,2	70,6	87,5	57,1	73,9	59,6
Sønderborg	1	100,0	.	.	.	.	100,0
Vejle	64	71,9	91,7	33,3	69,2	50,0	75,9
Herning	1	0,0	.	.	.	.	0,0
Århus	127	50,4	43,8	62,5	36,8	37,5	56,7
Aalborg	97	71,1	88,9	83,3	40,9	66,7	85,7
Danmark	800	64,8	67,6	66,1	60,3	65,1	64,4

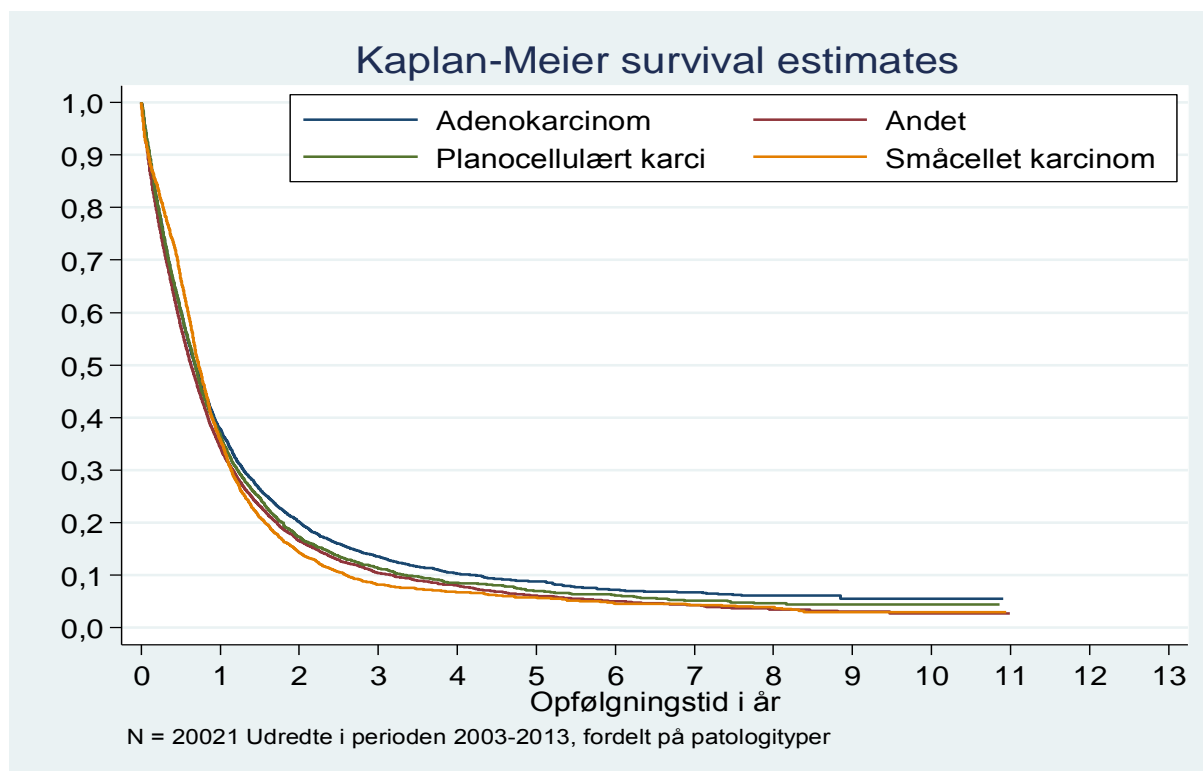
5 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

Afdeling	Antal Behandlede	Observeret 5. års overlevelse i %		
		Total overlevelse	2008	2003-07*
Rigshospitalet	48	47,9	81,8	37,8
Herlev	60	46,7	36,8	51,2
Hillerød	11	54,5	20,0	83,3
Roskilde	21	52,4	66,7	50,0
Næstved	11	18,2	0,0	28,6
Bornholm	5	60,0	.	60,0
Odense	112	34,8	26,1	37,1
Sønderborg	1	100,0	.	100,0
Vejle	33	45,5	25,0	48,3
Herning	1	0,0	.	0,0
Århus	76	27,6	18,8	30,0
Aalborg	45	57,8	58,3	57,1
Danmark	424	41,3	39,4	41,9

7.3.4 Patologi

Ser man på 2003-2013 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 20021 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

7.3.4.1 Figur Overlevelse Onkologisk behandlede - Patologityper Kaplan Meier:



Overlevelsesraterne i % for onkologisk behandlede indberettet i perioden 2003 - 2012 fremgår af følgende fordelt på observationsperiode:

7.3.4.2 Tabel Overlevelse Patologityper – observeret:

Patologityper	Observeret 1 års overlevelse i % af antal udredte						
	Total	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	36,2	20,7	44,6	32,9	39,5	36,4	35,5
Ikke småcellet karcinom	27,1	14,3	29,7	26,8	24,5	30,0	26,9
Planocellulært karcinom	36,9	28,6	38,0	37,3	39,3	35,2	36,4
Adenokarcinom	38,1	33,3	45,8	39,9	37,2	35,4	37,1
Storcellet karcinom	32,6	0,0	21,1	36,2	37,8	32,8	31,3
Adenoskvamøst karcinom	35,2	0,0	40,0	55,6	37,5	50,0	24,0
Sarcomatoidt karcinom	35,2	100,0	66,7	30,0	36,4	12,5	38,1
Neuroendokrin tumor	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Karcinoid tumor	33,3	0,0	0,0	50,0	0,0	66,7	27,3
Anden malign primær lungecancer (NOS)	20,9	21,4	0,0	0,0	0,0	23,7	20,6
Blandingstumor	26,0	12,5	0,0	0,0	66,7	5,9	34,8
Ingen patologi	35,4	42,4	37,6	33,8	29,9	32,3	29,9
Antal udredte	20.714	2.799	2.475	2.246	2.303	2.277	1.723

Patologityper	Observeret 2 års overlevelse i % af antal udredte					
	Total	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	14,5	19,2	12,1	17,4	16,8	13,2
Ikke småcellet karcinom	11,3	9,4	13,2	13,3	12,6	10,2
Planocellulært karcinom	17,3	22,0	16,9	17,8	16,6	16,9
Adenokarcinom	20,3	25,1	22,6	19,0	17,7	19,9
Storcellet karcinom	16,4	10,5	17,2	24,4	18,0	14,4
Adenoskvamøst karcinom	18,5	20,0	22,2	0,0	50,0	20,0
Sarcomatoidt karcinom	20,8	66,7	30,0	18,2	12,5	14,3
Neuroendokrin tumor	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Karcinoid tumor	16,7	0,0	0,0	0,0	33,3	18,2
Anden malign primær lungecancer (NOS)	8,7	0,0	0,0	0,0	7,9	9,1
Blandingstumor	11,6	0,0	0,0	66,7	0,0	13,0
Ingen patologi	15,2	18,9	16,8	13,4	16,1	12,9
Antal udredte	17.915	2.475	2.246	2.303	2.277	1.723

Patologityper	Observeret 5 års overlevelse i % af antal udredte		
	Total	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	5,0	5,5	4,9
Ikke småcellet karcinom	3,4	5,8	2,9
Planocellulært karcinom	6,6	5,4	7,0
Adenokarcinom	7,7	7,6	7,8
Storcellet karcinom	6,1	6,6	6,0
Adenoskvamøst karcinom	14,8	0,0	16,0
Sarcomatoidt karcinom	13,8	12,5	14,3
Neuroendokrin tumor	0,0	0,0	0,0
Karcinoid tumor	7,1	0,0	9,1
Anden malign primær lungecancer (NOS)	3,9	2,6	4,2
Blandingstumor	6,3	0,0	8,7
Ingen patologi	4,9	5,5	4,8
Antal udredte	10.891	2.277	1.723

7.3.4.3 tabel Patologityper per år total

Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	15,5	15,1	14,8	15,1	16,3	14,8	15,4
Ikke småcellet karcinom	5,7	6,2	7,9	8,7	8,7	9,0	10,2
Planocellulært karcinom	20,3	19,0	18,7	18,7	18,6	18,2	18,3
Adenokarcinom	42,7	42,1	38,5	35,2	32,5	30,2	25,1
Storcellet karcinom	0,3	0,3	0,8	1,3	1,5	2,3	2,4
Adenoskvamøst karcinom	0,6	0,5	0,9	0,5	0,4	0,2	0,4
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2	0,2
Neuroendokrin tumor	0,4	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8	0,7
Karcinoid tumor	0,9	0,8	0,8	0,6	0,4	0,1	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,3	6,1	6,3	7,2	8,4	9,7	12,0
Blandingstumor	2,5	2,6	3,0	3,9	3,5	4,5	3,1
Ingen patologi	5,7	6,7	8,0	7,9	8,6	10,0	12,3
Antal udredte	4.288	4.439	4.464	4.429	4.229	4.171	3.602

Fordelt på kvinder og mænd:

7.3.4.4 Tabel Patologityper per år – kvinder

Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	19,8	19,0	20,4	18,9	19,7	20,5	22,2
Ikke småcellet karcinom	6,2	5,7	9,4	10,2	11,0	9,6	12,0
Planocellulært karcinom	14,4	12,1	13,1	12,2	14,3	14,0	11,7
Adenokarcinom	49,2	53,4	46,5	45,6	40,4	35,5	30,2
Storcellet karcinom	0,3	0,2	1,3	1,7	0,9	1,8	2,4
Adenoskvamøst karcinom	0,3	0,2	0,8	0,3	0,5	0,2	.
Sarcomatoidt karcinom	0,2	0,2	0,1	0,4	0,6	0,1	.
Neuroendokrin tumor	0,2	0,3	0,3	0,2	0,6	0,5	0,6
Karcinoid tumor	0,1	0,1	0,1	.	.	.	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,2	5,5	5,7	6,3	7,1	10,2	12,4
Blandingstumor	2,1	1,7	1,3	2,7	3,1	4,3	2,7
Ingen patologi	2,1	1,7	1,2	1,7	1,7	3,2	5,4
Antal udredte	1.357	1.327	1.185	1.081	1.089	1.083	801

7.3.4.5 Tabel Patologityper per år - mænd:

Patologitype	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2003-07*
Småcellet karcinom	18,3	20,3	18,6	17,8	21,7	17,0	19,8
Ikke småcellet karcinom	7,7	7,8	8,6	10,7	10,0	11,6	.
Planocellulært karcinom	27,7	24,2	25,3	26,4	22,2	23,4	21,7
Adenokarcinom	34,9	36,8	33,7	30,6	29,4	26,1	22,5
Storcellet karcinom	0,4	0,3	0,9	1,5	1,5	3,4	2,3
Adenoskvamøst karcinom	0,8	0,6	0,9	0,8	0,2	0,1	.
Sarcomatoidt karcinom	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4	.
Neuroendokrin tumor	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,5	0,5
Karcinoid tumor	0,1	.	.	.	.	.	.
Anden malign primær lungecancer (NOS)	5,5	6,0	6,2	6,6	8,7	9,5	13,1
Blandingstumor	2,2	2,0	3,2	4,2	4,0	4,1	2,8
Ingen patologi	2,0	1,4	2,2	0,7	1,9	3,8	5,9
Antal udredte	1.348	1.472	1.290	1.165	1.214	1.194	921

7.4 Organisation

7.4.1 Dansk Lunge Cancer Gruppens – beretning

Dataindsamling i henhold til metode i ”Den Nationale Kliniske Kræftdatabase”.

DLCG/DLCR har i 2013 iværksat dataindsamling i henhold til metode i ”Den Nationale Kliniske Kræftdatabase” (DNKK), som DLCR forestod udviklingen af. Metoden indebærer at data trækkes fra LandsPatientRegisteret (LPR), CancerRegisteret, PatoBanken og det CentralePersonRegister. Data er i 2013 for hver enkelt patient blevet manuelt valideret af de kliniske læger, som har forestået udredning og behandling af patienten. Med denne metode skulle det sikres, at samtlige patienter diagnosticeret i Danmark med lungecancer inkluderes i DLCR.

Desuden er alle patientdata i den ”gamle” DLCR database fra før 2013 blevet konverteret til den nye DLCR5 database. DLCR5 vil herunder blive suppleret med patienter identificeret i LPR, som ikke tidligere var registreret i DLCR. Denne supplerings foretages for perioden 2003 – 2012.

Men processen er ikke gået helt så glat som forventet. Der har bl.a. vist sig at være uventet lang forsinkelse i fuld opdatering af LPR fra det øjeblik en given procedure er foretaget til den er registreret i LPR. Det har også kun været muligt at foretage udtræk fra LPR og andre registre én gang månedligt

Arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsen.

Flere medlemmer fra DLCG’s bestyrelse har indgået i arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsen for udarbejdelse af

- Opfølgingsprogram for lungecancer-patienter efter initial behandling og
- Pakkeforløbsbeskrivelse for malignt pleuralt mesotheliom.

RADS

Flere medlemmer fra DLCG’s bestyrelse deltager i RADS fagudvalgsarbejde.

Kliniske retningslinjer.

I løbet af 2013 er de kliniske retningslinjer for udredning og for onkologisk behandling af lungecancer blevet opdateret og kan tilgås via DLCG’s hjemmeside, www.lungecancer.dk.

Endnu mangler dog opdateringen af den kirurgiske kliniske retningslinje.

Torben Riis Rasmussen

Formand for DLCG

7.4.2 Dansk Lunge Cancer Register – beretning

Arbejdet i Dansk Lunge Cancer Register, har i perioden været karakteriseret af primært 2 forhold. For det første overgangen til Den Nationale Kliniske Kræftdatabase platform og dernæst den forsat forøgede videnskabelige aktivitet med baggrund i data i DLCR.

Omkring DNKK har DLCR været pilotprojekt for dette nationale projekt, og opstarten per 1. januar 2013 har til dels været præget af denne status som pilotdatabase, idet de forventelige tilretninger af DNKK-algoritmen løbende er blevet foretaget specielt i løbet af 2013, men også i 2014 har der været enkelte ændringer i algoritmen. DNKK algoritmen finder meget fint totalpopulationen af lungecancer i DK, og patienterne præsenteres for afdelingerne, der foretager aftalte tilføjelser og korrektioner. Dermed består DLCR af 2 populationer, nemlig indberettede fra før 2013 (DLCR4) og DNKK-populationen derefter (DLCR5). Disse to populationer er ikke direkte sammenlignelige bagud i tid i forhold til tidligere årsrapporter, da DLCR4 er suppleret med patienter identificeret i LPR vha. DNKK algoritmen, der ikke tidligere har været indrapporteret i DLCR4. Fra og med næste årsrapport vil hele DLCR populationen desuden være opdateret med alle behandlinger identificeret i LPR med DNKK algoritmen. Desuden indeholder DLCR’s aktive database nu kun data fra 2003 og frem, idet vi efter 2002 kan konstatere tæt på fuld datakomplethed og optimal datakvalitet, hvilket ikke i samme omfang er tilfældet før 2003. Arbejdet med årsrapporten viste dog, at nogle af opgørelserne i rapporten ikke umiddelbart kan overføres fra algoritmerne brugt ved dannelsen af

årsrapporten med baggrund i DLCR4, hvorfor DLCR sekretariatet og primært CKEB-Syd har foretaget en bred gennemskrivning af samtlige algoritmer bag alle tabeller og grafer i årsrapporten. Dette er til dels foregået i samarbejde med de 3 kliniske baggrundsgrupper, der er kommet med input til revision af tabeller i årsrapporten. Dette arbejdet er ikke helt afsluttet med denne rapport. Næste årsrapport skulle derimod være helt gennemskrevet og komplet.

Den videnskabelige udnyttelse af data i DLCR er steget markant gennem de seneste år, som det fremgår af årsrapportens årlige opgørelser over offentliggjorte artikler i peer review tidsskrifter. Antal ansøgninger om udtræk fra databasen stiger år for år, og aktuelt er 2 ph.d. studier i gang med baggrund i DLCR data. Arbejdet foregår i flere miljøer, dels uafhængigt af DLCR og dels i forskellige samarbejder mellem DLCR og eksterne partner nationalt og internationalt. Der henvises til afsnittet om forskning.

DLCR's sekretariat er fortsat bemandet med sekretær Charlotte S H Rasmussen, der gennem en længere årrække har været en uvurderlig medarbejder i funktionen, og overlæge Erik Jakobsen, leder af registeret siden opstarten i 2000.

Økonomien i registeret er fortsat sikret primært via bevillinger fra RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitets Program). Der er gennem årene sket en omfordeling af bevillingerne, således at DLCR nu "kun" modtager midler til delvist aflønning af sekretariatet og mødevirksomhed. DLCCG har sin egen bevilling, og CKEB-Syd's andel af DLCR bevillingen går direkte til kompetencecenteret. Samlet har der været en mindre reduktion af bevillingerne til driften af DLCCG/R. Hovedparten af forskningsaktiviteten i DLCR finansieres af eksterne midler.

Samarbejdet med CKEB-Syd og RKKP har i den forløbne periode været meget præget af personudskiftninger i CKEB-Syd, og kun en meget stor arbejdsindsats fra CKEB-Syd og DLCR sekretariatet er baggrunden for, at det trods alt er lykket at udarbejde en indikatorrapport og aktuelle årsrapport. Fra DLCR's side skal der lyde en stor tak til CKEB-Syd herfor.

*Erik Jakobsen, leder DLCR forretningsudvalg
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afdeling T
Odense Universitetshospital*

7.4.3 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Det har alene været Lungemedicinsk Forum under Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCCG) med deltagelse af lungemedicinske repræsentanter fra alle primære lungecancerudredende afdelinger i Danmark, som har mødes 2 gange i 2013 (forår og efterår) på OUH.

Men repræsentanter for andre specialer deltagende i lungecancer udredning med visitation, diagnostik og stadiefastlæggelse har været involveret i opdatering af DLCCG's Referenceprogram for Visitation, Diagnostik og Stadietinddeling.

Forårsmødets primære formål var gennemgang af udkast til afsnittet om udredning i DLCR Årsrapport 2012, som blev gennemgået sammen med Erik Jakobsen, og der blev aftalt en række mindre tilføjelser, rettelser og justeringer i tekst og tabeller. Den foreliggende auditrapport blev også gennemgået.

De første indhøstede erfaringer med den nye DLCR-DNKK-model for registrering af danske lungecancere og herunder specielt udredningsaktiviteten blev også diskuteret, og aftalt forskellige tilretninger af modulet for den supplerende manuelle inddatering af data og verifikation af data indhøstet fra LPR.

Ved efterårsmødet i November 2013 blev problemer med registrering af Start på Lungekræft Pakkeforløb (= AFB26A) diskuteret. Der viste der sig ved gennemgang af, hvorledes man gør i de forskellige regioner og hospitaler, at være store forskelle i registreringspraksis. Det blev aftalt at undertegnede skulle kontakte SSI desangående (*dialog med SSI herom pågår*).

Emner i relation til opdatering af referenceprogram blev også diskuteret.

De lungemedicinske afdelinger på Bispebjerg og Gentofte har lavet en ny og meget detaljeret fælles instruks og patientinformation for pause i AK-behandling og trombose-profylakse før indgreb. Der arbejdes aktuelt på, at den fælles instruks og patientinformation fra Bispebjerg/ Gentofte gennem aftaler med andre 'invasive'

afdelinger kan blive fælles gældende for hele RH. Hvis/når det er opnået, vil vi i DDLCG arbejde videre på at få den gjort fælles landsdækkende.

*Torben Riis Rasmussen
overlæge, PhD
Lungemedicinsk afd., AUH NBG
Formand for Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe*

7.4.4 Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Implementeringen af den nye database i 2013 har ikke været hensigtsmæssig og de nye algoritmer der er indført for at finde patienterne i Landspatientregisteret har medført, at der i forhold til de enkelte afdelingers interne operationsdatabaser mangler adskillelige patienter i årsrapporten.

Den er derfor ikke sammenlignelig med tidligere årsrapporter. Det har heller ikke været muligt at selvkontrollere pga at rapportdelen ikke har været tilgængelig. Der er således en reduktion i 2012 totaltallet på 40 patienter fra det tidligere offentliggjorte på 889 til 849, hvilket ikke er acceptabelt. Man har derfor fra kirurgigruppen henstillet at disse algoritmer revurderes så samtlige patienter findes og at der yderligere gives mulighed for at de enkelte afdelinger har mulighed for at inddatere i tomme skemaer, således at alle patienter kan indgå.

Kirurgi-gruppen har afholdt et internt møde og deltaget i det årlige fælles møde for alle thoraxkirurger i januar, hvor et af punkterne var gennemgang af patienter døde inden 30 dage. Det interne møde var en kombination af gennemgang og kommentering af årsrapporten og morspatienter, fordi den endelige rapport først fremkom så sent.

Resultatmæssigt har den gode tendens fra tidligere rapporter holdt sig således at 30-dages mortaliteten stadig er meget lav omkring 1% og der igen er en forbedring i 1-, 2- og 5-årsoverlevelsen.

*Hans K. Pilegaard
Formand for DKLCCG
Overlæge, thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus*

7.4.5 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

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

I det forløbne år har DOLG været meget involveret i samarbejde med Sundhedsstyrelsen vedrørende udarbejdelse af referenceprogrammer. Det drejer sig om et referenceprogram for opfølgning af lungekræft med sigte på harmonisering af kontrolforløbet landet over. Desuden har der været et arbejde omkring et referenceprogram for Lungehindekræft (Malignt Pleuralt Mesotheliom) som videre udvikling af det referenceprogram der i forvejen foreligger fra Dansk Mesotheliom Gruppe. Begge referenceprogrammer forventes færdige i løbet af 2014. Danske Regioner har oprettet Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) og i 2013 påbegyndtes et arbejde med udarbejdelse af baggrundsnotat for medicinsk behandling af ikke-småcellet lungekræft i stadie IV. Der er i denne arbejdsgruppe bred repræsentation fra DOLG. Baggrundsnotatet forventes færdigt i 2014 og vil blive anvendt af RADS i beslutningstagen om hvilke behandlinger der vil blive anvendt i Danmark fremover.

Hvad angår den medicinske onkologi kommer der til stadighed nye lægemidler til klinisk afprøvning og enkelte af disse kan forbedre behandlingsresultaterne. DOLG er fortsat aktiv i deltagelse i mange af disse internationale forskningsprotokoller og vil således vedvarende arbejde for at danske patienter kan få del i de behandlingsmæssige fremskridt, ligesom vi også deltager i arbejdet på det organisatoriske og politiske plan med at få mulighed for at tilbyde sådanne behandlingsfremskridt.

*Jens Benn Sørensen
Overlæge, dr.med., MPA
Formand for DOLG; www.DOLG.dk
Onkologisk Klinik, Rigshospitalet*

7.4.6 Patologigruppe – beretning

Fokus for patologien er at få det maksimale udbytte af biopsimaterialet til de nødvendige typebestemmelser og samtidigt tilgode se behovet for mutationsundersøgelser af EGFR og EML4-ALK. Det ofte sparsomme materiale skal prioriteres til minimalt forbrug til immunfænotypning, hvor teknikker med dobbeltfarvninger, fremstilling af skrabeagler og genbrug af farvede glas er udbredte.

Ved seneste Dalupamøde rapporteredes undersøgelser for de to mutationer på landsplan. De fleste steder sker analyserne ved primær diagnostik. Det har været af stor betydning, at undersøgelse for EML4-ALK kan udføres med immunfarvning, hvor kun en positiv reaktion udløser undersøgelse med den tidskrævende FISH teknik. Den nyeste udvikling indenfor molekylærpatologien med NGS (Next generation sequencing) vil give mulighed for at øge antallet af undersøgte mutationer, hvilket kan blive aktuelt afhængigt af tilgang til specifikke behandlinger.

Karen Ege Olsen
Overlæge
Patologigruppen
Afd. for Klinisk Patologi
Odense Universitetshospital

7.4.7 Screeningsgruppen under DLCG – beretning

Screeningsgruppen er styregruppe for det danske projekt med CT screening for lungecancer (Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST)). Projektet er et randomiseret klinisk kontrolleret forsøg med årlig lav dosis CT screening for lungecancer på 4104 personer. Forsøget er gennemført i årene 2004-2010 efter en bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Screeningsgruppen har afholdt 1 møde i 2013, men har fortsat publiceret artikler baseret på de videnskabelige data fra forsøget (jvfr. nedenfor), og der planlægges en follow up af både den generelle og lungecancer specifikke dødelighed i projektet i 2015. I 2013 tildeltes Zaigham Saghir PhD graden fra Københavns Universitet for sin afhandling ”*Lung cancer screening with low-dose CT. Contamination and results at end of screening*” baseret på data fra forsøget.

Jesper Holst Pedersen
Formand for screeningsgruppen under DLCG

Publikationer i 2013 fra DLCST:

- 1) Rasmussen T, Køber L, Pedersen JH, Dirksen A, Thomsen LH, Stender S, Brodersen J, Groen J, Ashraf H, Kofoed KF. Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and subclinical coronary artery disease in long-term smokers. *Eur Heart J* 2013 doi:10.1093/ehjci/jet057
- 2) Field JK, vanKlaveren R, Pedersen JH, Pastorino U, Paci E, Becker N, Infante M, Oudkerk M, DeKoning H. European randomized lung cancer screening trials: Post NLST. *J Surg Oncol* 2013; 1-7 (doi 10.1002/jso.23383)
- 3) Field JK, Oudkerk M, Pedersen JH, Duffy SW. Prospects for population screening and diagnosis of lung cancer. *Lancet* 2013;382(9893):732-741
- 4) Rasmussen T, Frestad D, Køber L, Pedersen JH, Thomsen LH, Dirksen A, Kofoed KF. Development and progression of Coronary artery calcification in long term smokers – Adverse effects of continued smoking. *JACC* 2013, doi:10.1016/j.jacc.2013.04.013

Jesper Holst Pedersen
Overlæge, klinisk lektor dr.med.
Formand for Screeningsgruppen
Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet

7.4.8 Forskning

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

- 1: Kliniske epidemiologiske studier af proces- og resultatmål for patienter indlagt på akkrediterede sygehuse i Danmark v/Anne mette Falstie-Jensen, IKAS.
- 2: Sammenhæng mellem akkreditering af de danske sygehuse og udvikling i klinisk proces kvalitet v/Søren Bie Bogh, Center for kvalitet.
- 3: Operationsmetodens betydning for lungekræft patienter. En Case – kontrol studie med 1500 patienter v/ Lykke Østergaard Laursen, Thoraxkirurgisk afdeling, Rigshospitalet.
- 4: Productivity, Quality of Health care, and Patient Outcome in Danish Hospitals v/Marie Louise Overgaard Svendsen, Klinisk, Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.
- 5: Variation i Kvalitet – pakkeforløb på kræftområdet v/Anne Z. Kudsk, Syddansk Universitet.

DLCR har leveret data til eller bidraget til følgende publikationer i 2013:

- 1: Starr L, Jakobsen E et al.: Socioeconomic position and surgery for early-stage non small cell lung cancer: a population-based study in Denmark. *Lung Cancer* 79 (2013) 262– 269
- 2: Walters S., Jakobsen E. et al: Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the United Kingdom: a population-based study, 2004- 2007. *Thorax* 2013;0: 1–14.
- 3: Licht P.B., Dan Jørgensen O., Ladegaard L., Jakobsen E.: A National Study of Nodal Upstaging After Thoracoscopic Versus Open Lobectomy for Clinical Stage-1 Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2013;96:943–50
- 4: Jakobsen E., Green A., Iachina M., Østerlind K., Riis T., Palshof T.: Nationwide quality improvement in lung cancer care: The Danish Lung Cancer Registry. *J Thorac Oncol.* 2013;8: 1238–1247
- 5: Lüchtenborg M., Riaz S.P., Coupland V.H., Lim E., Jakobsen E., Krasnik M., Page R., Lind M.J., Peake M.D., Møller H.: High procedure volume is strongly associated with improved survival after lung cancer surgery. *J Clin Oncol* 2013; 31:3141-3146
- 6: Ledderer L., Cour la K., Mogensen O., Jakobsen E., Christensen R., Kragstrup J., Hansen H.: Feasibility of a Psychosocial Rehabilitation Intervention to Enhance the Involvement of Relatives in Cancer Rehabilitation: Pilot Study for a Randomized Controlled Trial. *Patient* (2013) 6:201–212
- 7: Søgaard R., Fischer BM., Mortensen J., Rasmussen TR., Lassen U.: The Optimality of Different Strategies for Supplemental Staging of Non–Small-Cell Lung Cancer: A Health Economic Decision Analysis. *Value in Health* 16 (2013): 57-65
- 8: Lüchtenborg M., Jakobsen E., Peake M.D., Møller H.: Mortality after surgery for Small Cell Lung Cancer. *Thorax* 2013;0:1–5

7.4.9 Styregruppens medlemmer

Overlæge, klinisk lektor, ph.d, Formand for DLCG	Torben Riis Rasmussen (1,2,3,4)	Lungemedicinsk afd. B	Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus
Formand for patientforening	Alice Skjold Braae (4)		Patientforeningen Lungekræft
Professor, overlæge, dr.med.	Anders Green (2,4)	Odense Patient data Exploratory Network (OPEN)	Klinisk Institut, Syddansk Universitet
Overlæge, ph.d.	Anders Mellempgaard (1,2)	Onkologisk afd.	Herlev Sygehus
Overlæge	Anette Højsgaard (1)	Thoraxkirurgisk afd. T	Skejby Sygehus
Overlæge	Asbjørn Høegholm (4)	Medicinsk afd.	Næstved Sygehus
Overlæge, dr.med.	Birgit Guldhammer Skov (1,2)	Patologisk afd.	Bispebjerg Hospital
Overlæge, MPM	Erik Jakobsen (2,5)	Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afd.	Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med.	Finn Rasmussen (1)	Radiologisk afd.	Aarhus Sygehus
Overlæge	Hans Pilegaard (1,2,3)	Hjerte-lunge-karkirurgisk afd.	Skejby Sygehus
Overlæge	Henrik Schmidt (1)	Anæstesiologisk afd. V	Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med.	Jann Mortensen (1)	Klinisk fysiologisk og Nuklearmed.afd.	Rigshospitalet
Kvalitetschef, ph.d.	Janne Lehmann Knudsen (1)		Kræftens Bekæmpelse
Overlæge, dr.med.	Jens Benn Sørensen (1,2,3)	Onkologisk afd. – Finsen Centret	Rigshospitalet
Overlæge, dr.med.	Jesper Holst Pedersen (3)	Thoraxkirurgisk afd. R-2152	Rigshospitalet
Overlæge	Jesper Ravn (1)	Hjertecentret, afsnit 2152	Rigshospitalet
Chefkonsulent	Jørgen Østergaard (2,7)	Kvalitetsafdelingen	Region Syddanmark
Overlæge, dr.med.	Karen Ege Olsen (3)	Afdeling for Klinisk Patologi	Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med.	Kell Østerlind (2,4)	Onkologisk afd.	Rigshospitalet
Biostatistiker, ph.d	Maria Iancina (2,6)	Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik Syd	Odense Universitetshospital
Overlæge	Niels-Christian G. Hansen (1)	Lungemedicinsk afd. J	Odense Universitetshospital
Overlæge, ph.d	Peter Schousboe (1)	ØNH afdelingen	Vejle Sygehus
Overlæge	Poul Erik Haahr (4)	Hjerte- lungekirurgisk afd.	Aalborg Sygehus
Reservelæge, ph.d stud.	Rikke Guldborg (2,6)	Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik Syd	Odense Universitetshospital
Praktis. læge, klinisk lektor	Roar Maagaard (1)		Skødstrup

- 1) Udpeget af de videnskabelige selskaber
- 2) Bestyrelsens Forretningsudvalg
- 3) Formænd for arbejdsgrupper
- 4) Udpeget af DLCG
- 5) DLCCR´s daglige leder
- 6) Repræsenterer Kompetencecenter Syd
- 7) Udpeget af Danske regioner

7.4.10 Tilsluttede afdelinger

Bispebjerg – Lungemedicinsk afd.
Bornholm – Medicinsk afd.
Gentofte - Lungemedicinsk afd.
Herlev – Onkologisk afd.
Herning – Onkologisk afd.
Hillerød – Onkologisk afd.
Holstebro – Medicinsk afd.
Næstved – Lungemedicinsk amb.
Næstved – Onkologisk afd.
Odense – Lungemedicinsk afd.
Odense – Onkologisk afd.
Odense – Thoraxkirurgisk afd.
Randers – Medicinsk afd.
Rigshospitalet – Onkologisk klinik
Rigshospitalet – Thoraxkirurgisk klinik
Roskilde – Medicin
Roskilde – Onkologisk afd.
Silkeborg – Medicinsk afd.
Skejby – Thoraxkirurgisk afd.
Skive – Medicinsk afd.
Sønderborg – Medicinsk afd.
Vejle – Lungemedicinsk afd.
Vejle – Onkologisk afd.
Aalborg - Lungekirurgisk afd.
Aalborg – Lungemedicinsk afd.
Aalborg – Onkologisk afd.
Aarhus – Lungemedicinsk afd.
Aarhus – Onkologisk afd.