

Årsrapport 2024
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2024

Årsrapporten 2024 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af professor Jesper Grau Eriksen og IT-ansvarlige medarbejder Aleksandar Jovanovic i samarbejde med formanden for DAHANCA overlæge Kristine Bjørndal samt formand for Styregruppen og overordnet ansvarlig for databasen professor Jens Overgaard.

Kontaktperson, DAHANCA:

Jesper Grau Eriksen
Eksperimentel klinisk Onkologi
Aarhus Universitetshospital
C108
Palle Juul-Jensens Boulevard 99
DK-8200 Aarhus N
Mail: jesper@oncology.au.dk
Tlf. 2257 9559

Kontaktpersonsfunktionen for Hoved-halskræftdatabasen (DAHANCA) i SundK

Kvalitetskonsulent
Mette Høyrup
Mail: methey@rkkp.dk
Tlf.: 2424 2948

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	6
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	9
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	28
Oversigt over indikatorer	30
Styregruppens medlemmer 2023	32
Regionale kommentarer	33

Ordliste

Cancer-specifik overlevelse	Overlevelse korrigeret for død af alle andre årsager end aktuelle kræftsygdom
Cavum oris	Mundhule
Crude survival	Total overlevelse
DAHANCA	Den danske hoved-hals cancer gruppe
DATHYRCA	Skjoldbruskkirtelgruppen – en undergruppe af DAHANCA
Larynx	Strube
Pallierende behandling	Lindrende behandling
Pharynx	Svælg
Recidiv-fri overlevelse	Patienter i live uden tilbagefald af aktuelle kræftsygdom
Sino-nasal	Næse og bihuler
Thyroidea	Skjoldbruskkirtel
Total overlevelse	Overlevelse som følge af død af alle årsager (observeret overlevelse)

Konklusioner og anbefalinger

Hermed foreligger den 14. årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til SundK.

Den overordnede konklusion på 2024-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt set, er tilfredsstillende, og mange af kvalitetsmålene er nået eller ganske tæt på. Der er dog fortsat plads til forbedring på specifikke områder – helt overordnet på kvalitetsparametre der fokuserer på tiden efter behandling og helt specifikt på skjoldbruskkirtelkræft.

Overordnet set har DAHANCA databasen en stor grad af komplethed, og data valideres løbende, hvor bl.a. fejlindtastninger rettes. Dette er muligt, fordi databasen overvåges af og håndholdes af klinikere på de onkologiske centre. I år hvor datasættet "fryses" en måned forud for aflevering af rapporten, har dog kostet lidt på tiden til validering hvilket kan anes i resultaterne.

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi beriger nu DAHANCA's database med data fra bl.a. LPR3, Cancerregisteret og Patobank. Der opleves et godt samarbejde med SundK's medarbejdere. Der gøres også en stor indsats fra rigtig mange klinikere rundt om i landet for at få tidstro data rapporteret i databaserne.
Tak til alle for den store indsats.
- Vi er ved at ændre på afrapporteringen af årsrapporten. Efter forslag fra DMCG samling 2024 har vi valgt at lade strukturindikatorer udgå hvorfor HHC1 og 2 ikke er at finde i årsrapporten i år, men oplysningerne vil i stedet vil være at finde i årsberetningen. Nummereringen ændres ikke i år, da der forventes andre ændringer i løbet af 2025 og derfor vil en ny nummerering først være at finde i årsrapporten for 2025.
- Årsrapporten er fra i år mere tydeligt opdelt i klassisk hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft. Dette for at give et mere retvisende billede af begge sygdomsgrupper, da de i naturhistorie, behandling og prognose er meget forskellige.

- Der har vist sig store mangler i registrering af skjoldbruskkirtelkræft. På et enkelt center var der ved datasættes "frysning", forud for afrapportering, registeret formentlig over 100 færre registrerede patienter end forventet. Den manglende registrering er taget meget alvorligt af centeret og efterregistrering for 2024 samt tidligere år er allerede påbegyndt og vil fremgå af årsrapporten næste år. Generelt er der relativt dårlig registrering af denne sygdomsgruppe på tværs af landet – dog med store variationer – og det bliver et fokusområde det næste års tid.
- Andelen af patienter med opfølgning efter 1, 3 og 5 år er en ny parameter fra 2020. Da det har vist sig ikke at være meningsfyldt at opgøre for det aktuelle år (patienterne registreres fra januar – december), har vi valgt at tidsforskyde, således, at vi rapporterer et år bagud i forhold til det år, som rapporten omhandler – alene for at få et fuldt år at rapportere på. Graden af dokumenteret opfølgning er for lav i forhold til styregruppens forventning, men der synes at være en tendens i den rette retning. Det samme gør sig gældende for afrapportering af bivirkninger og sondebrug.

I en tid hvor opfølgninger på sygehusene afvikles i en vis grad, skal vi have fokus på hvordan vi så får indhentet den vigtige information om senfølger fremover.

Fokusområder

- Vi er – også efter opfordring fra DMCG-samling foråret 2024 – ved at give vores kvalitetsparametre et serviceeftersyn. Det vil være fuldt implementeret fra årsrapporten 2025.
- Der vil være fortsat fokus på at holde forløbstiderne nede. Dette er et konstant fokuspunkt, såvel lokalt som i DAHANCA.
- Der er stor fokus på at få data for skjoldbruskkirtelkræft komplet. I Odense er der allerede iværksat foranstaltninger for at få data ordentligt indberettet og efter at datasættet for 2024 er frosset, har man fået indberettet mange af de manglende data for 2024 og bagud.

- Der er fortsat fokus på at øge brugervenligheden af databasen med bedre definition og forklaring til de enkelte parametre, så misforståelser om, hvad der skal indtastes, minimeres.
- Der vil fortsat være opmærksomhed på registrering, fortolkning og brug af de tre nye indikatorer fra 2020.
- Vi har haft som mål at gøre data lettere tilgængelig for SundK og Regionerne. Der er til denne årsrapport leveret nye enkle udgaver af datasættet, som vi sammen med SundK vil evaluere og justere det kommende år til gavn for alle brugere.

Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Alle resultater angivet i procent er rundet op/ned til et helt tal, da usikkerhederne på data ikke retfærdiggør brug af decimaler.

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål	Indikatorresultat 2023
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, cancer oro-pharyngis, cancer hypopharyngis, cancer nasopharyngis, cancer laryngis og cancer glandulae salivarii med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	95% (2022 kohorten)
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	93% (2022 kohorten)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	99%
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA/DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %	100%
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA/DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	99%/<59%
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %	63% (strålebeh.) og 81% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %	96%
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,5%

HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>90 % *	88%/98%
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *	(2022-kohorten) 69%/95%
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>90 % *	88%/98%
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *	(2022-kohorten) 69%/97%
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	> 90 % *	90% /99%
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år, DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *	(2022-kohorten) 81%/98%
HHC17	Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte	Resultat	>90%	32% / 46%/ NA
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	**	45% / 63%
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	**	46% / 3%
HHC20	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%	83%
HHC21	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	84 %

*De aktuariske kvalitetsmål i HHC11-16 har principielt set ingen minimumsgrænse

** Der er som udgangspunkt ingen nedre eller øvre standarder for denne parameter

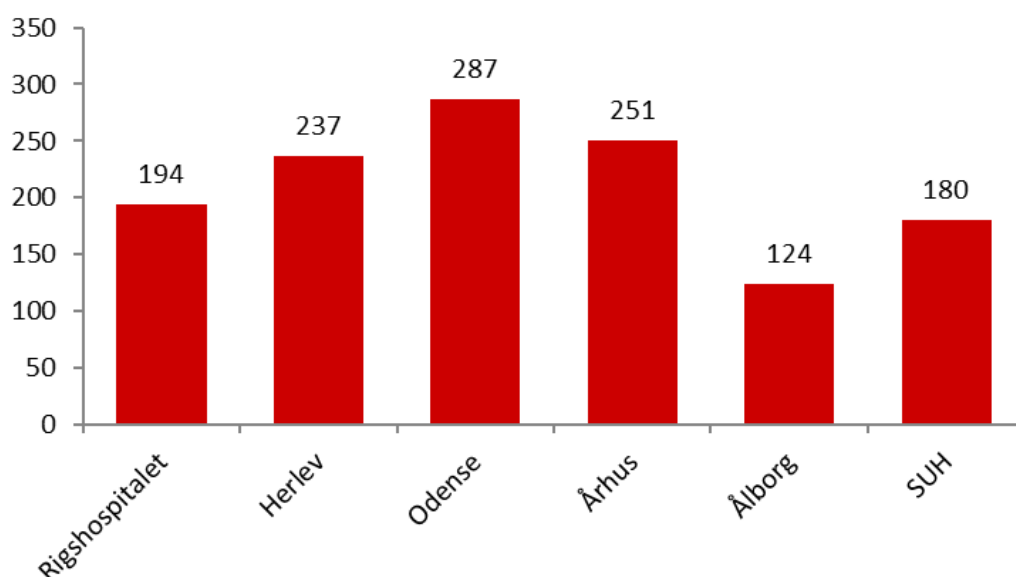
Uddybning af de enkelte indikatorresultater

Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

DAHANCA har for 2024 registreret 1.273 patienter; hvilket er 28 færre patienter i forhold til 2023. Siden 2021, hvor der blev registreret 1365 patienter, er der hvert år registreret et svagt fald i det totale antal patienter.

Data for 2022-kohorten er tilgængelig i Cancerregisteret. En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA for år 2022 viser **40 (3%) patienter som er i DAHANCA, men ikke i Cancerregisteret.** Der er omvendt **63 personer (5%) i Cancerregisteret som ikke er i DAHANCA.** Disse forskelle kan repræsentere patienter der vitterligt ikke er registreret i DAHANCA, men også patienter som har været så dårlige ved diagnosen, at de aldrig er færdigudredt, eller med større sandsynlighed, tumor på halsen forårsaget af andre kræftsygdomme end hoved-halscancer.

I figur HHC3-1 ses fordelingen af patienterne i 2024-kohorten mellem de enkelte centre.



Figur HHC3-1

Indikator HHC4 – Andel patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen sammenlignet med Cancerregisteret.

DATHYRCA har for 2024 registreret 406 patienter; hvilket er 63 patienter færre i forhold til 2023 og skyldes formentlig alene manglende indberetninger fra centeret i Odense.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DATHYRCA for 2022 viser 56 personer (11%) som er registreret behandlet i DATHYRCA men ikke figurerer i Cancerregisteret og 36 personer (7%) i Cancerregisteret men ikke i DATHYRCA.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2023-kohorten mellem de enkelte centre.



Figur HHC4-1

Indikator HHC5 – Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.

Behandling af kræft i hoved-halsregionen er multidisciplinært baseret, og størstedelen af de danske hoved-halscancerpatienter har i de sidste mange år været drøftet på multidisciplinære konferencer (MDT-konferencer) eller i tilsvarende fora med patient og pårørendes deltagelse. Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at forløb med fyldestgørende nationale retningslinjer ikke nødvendigvis skal gennem MDT-konference, idet dette i nogle tilfælde blot vil være af forsinkende karakter og et unødvendigt forbrug af ressourcer. Et eksempel herpå er kræft i skjoldbruskkirtlen (som derfor ikke er inkluderet i tabellen).

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Ja	193 (99,5%)	234 (98,7%)	286 (99,7%)	249 (99,2%)	124 (100%)	179 (99,4%)	1265 (99,4%)
Nej	1 (0,5%)	3 (1,3%)	1 (0,3%)	2 (0,8%)	0	1 (0,6%)	8 (0,6%)
Mangler information	0	0	0	0	0	0	0

Tabel HHC5-1

Mere end 99% af alle patienter blev i 2024 drøftet på MDT. Dette er overordnet set stabilt på landsbasis de sidste 5 år. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. I starten af perioden var der en støt stigende andel af patienter, der var diskuteret på MDT, men siden 2017 har registreringen været stabil.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2024	1265 (99,4%)	8 (0,6%)	0
2023	1295 (99,5%)	5 (0,4%)	1 (0,1%)
2022	1339 (99,2%)	9 (0,7%)	2 (0,1%)
2021	1356 (99,3%)	8 (0,6%)	1 (0,1%)
2020	1213 (98,1%)	23 (1,9%)	0

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stemmelæber	12 (6%)	23 (10%)	37 (13%)	27 (11%)	14 (11%)	15 (8%)	128 (10%)
Strube (-stemmelæber)	9 (5%)	13 (5%)	9 (3%)	14 (5%)	8 (6%)	14 (8%)	67 (5%)
Næsesvælg	12 (6%)	5 (2%)	9 (3%)	4 (2%)	2 (2%)	1 (<1%)	33 (3%)
Mundsvælg	72 (37%)	83 (35%)	109 (38%)	97 (39%)	56 (45%)	76 (42%)	493 (39%)
Nedre svælg	7 (3%)	13 (5%)	22 (8%)	14 (5%)	6 (5%)	16 (9%)	78 (6%)
Mundhule	49 (25%)	65 (27%)	55 (19%)	63 (25%)	25 (20%)	47 (26%)	304 (24%)
Næse-bihuler	18 (9%)	9 (4%)	18 (6%)	10 (4%)	2 (2%)	0	57 (4%)
Spytkirtler	13 (7%)	20 (8%)	16 (6%)	15 (6%)	6 (5%)	8 (4%)	78 (6%)
Ukendt primærtumor	2 (1%)	6 (3%)	12 (4%)	7 (3%)	5 (4%)	3 (2%)	35 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	194 (100%)	237 (100%)	287 (100%)	251 (100%)	124 (100%)	180 (100%)	1273 (100%)
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Skjoldbruskkirtel	193 (48%)	0	28 (7%)	120 (29%)	65 (16%)	0	406 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	387 (23%)	273 (14%)	315 (19%)	371 (22%)	189 (11%)	180 (11%)	1679 (100%)

Tabel HHC6-1

Som det ses af Tabel HHC6-1, så er der fuld registrering af tumorlokalisering på alle patienter. Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen, der opereres på Rigshospitalet, modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev onkologisk afdeling.

I alt er 1.679 patienter registreret i 2024-kohorten, hvilket er 91 (5%) færre i forhold til 2023-kohorten. Forskellen kan dog formentlig delvist forklares med de manglende registreringer af skjoldbruskkirtelkræft i Odense.

Indikator HHC7 - Andel patienter registreret med kendt TNM-klassifikation.

DAHANCA

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
T _{is} (carcinoma in situ)	0	0	0	2 (<1%)	0	1 (<1%)	3 (<1%)
T0 (ukendt primær)	2 (1%)	6 (2%)	12 (4%)	7 (4%)	5 (4%)	3 (2%)	35 (3%)
T1	60 (31%)	58 (25%)	107 (37%)	72 (29%)	33 (27%)	41 (23%)	371 (29%)
T2	54 (28%)	83 (35%)	103 (36%)	78 (31%)	41 (33%)	45 (25%)	404 (32%)
T3	22 (11%)	32 (14%)	38 (13%)	47 (19%)	20 (16%)	31 (17%)	190 (15%)
T4	56 (29%)	56 (24%)	26 (9%)	45 (18%)	25 (20%)	59 (33%)	267 (21%)
TX (kan ikke vurderes)	0	2 (<1%)	1 (<1%)	0	0	0	3 (<1%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	194 (15%)	237 (17%)	287 (23%)	251 (22%)	124 (10%)	180 (14%)	1273 (100%)

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
N0	93 (48%)	126 (53%)	124 (43%)	109 (43%)	39 (32%)	66 (37%)	557 (44%)
N1	61 (31%)	54 (23%)	80 (28%)	66 (26%)	28 (23%)	54 (30%)	343 (27%)
N2	29 (15%)	37 (16%)	74 (26%)	58 (23%)	34 (20%)	39 (21%)	274 (22%)
N3	11 (6%)	19 (8%)	9 (3%)	18 (7%)	19 (15%)	21 (8%)	97 (8%)
NX (kan ikke vurderes)	0	1 (<1%)	0	0	0	1 (<1%)	2 (<1%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	194 (15%)	237 (17%)	287 (23%)	251 (22%)	124 (10%)	180 (14%)	1273 (100%)

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
M0	187 (96%)	226 (95%)	282 (98%)	249 (99%)	119 (96%)	172 (96%)	1235 (97%)
M1	7 (4%)	11 (5%)	5 (2%)	2 (1%)	5 (4%)	8 (4%)	38 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	194 (15%)	237 (17%)	287 (23%)	251 (22%)	124 (10%)	180 (14%)	1273 (100%)

Tabel HHC7-1

Registreringsgraden af, hvor stor og hvor udbredt kræften er hos den enkelte patient, vurderes ved TNM-systemet: T (kræftens udgangspunkt), N (spredning til lymfeknuder), M (spredning til andre

organer), og er en vigtig faktor når patientens chancer for mulig helbredelse skal vurderes. De tre faktorer samles i stadier, og stadietildelingen (Union for International Cancer Control, UICC8, 2017), som ses i tabel HHC7-2, er derfor som udgangspunkt den mest følsomme parameter for kompletheden af data om udbredelse af kræften, idet stadiet ikke kan vurderes, hvis bare en af de tre parametre T, N, eller M mangler. Der er dog i enkelte situationer, hvor stadiet er registreret uden delparametrene T og N, hvilket forklarer diskrepansen i tabel HHC7-1 og HHC7-2 (vedrørende manglende information).

Stadie UICC8	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stadie 0	0	1 (<1%)	0	2 (<1%)	0	1 (<1%)	4 (<1%)
Stadie I	75 (39%)	80 (34%)	116 (40%)	84 (34%)	30 (24%)	54 (30%)	439 (35%)
Stadie II	26 (13%)	48 (20%)	41 (14%)	49 (20%)	32 (26%)	25 (14%)	221 (17%)
Stadie III	37 (19%)	40 (17%)	45 (16%)	38 (15%)	17 (14%)	30 (17%)	207 (16%)
Stadie IV	56 (29%)	67 (28%)	85 (30%)	78 (31%)	45 (36%)	70 (39%)	401 (32%)
Kan ikke vurderes	0	1 (<1%)	0	0	0	0	1 (<1%)
Total	194 (15%)	237 (17%)	287 (23%)	251 (22%)	124 (10%)	180 (14%)	1273 (100%)

Tabel HHC7-2

For 2024 er der for DAHANCA en samlet komplethed i stadietbestemmelse på >99%.

DATHYRCA

T position; TNM	Rigshospitalet	Odense	Aarhus	Aalborg	Total
T0 (ukendt primær)	0	9 (32%)	1 (<1%)	0	10 (2%)
T1	45 (23%)	11 (39%)	10 (8%)	19 (29%)	85 (21%)
T2	33 (17%)	2 (7%)	18 (15%)	25 (38%)	78 (19%)
T3	26 (13%)	3 (11%)	8 (7%)	16 (25%)	53 (13%)
T4	9 (5%)	1 (4%)	2 (2%)	1 (2%)	13 (3%)
Manglende information	80 (41%)	2 (7%)	81 (68%)	4 (6%)	164 (40%)
Total	193 (47%)	28 (7%)	120 (30%)	65 (16%)	406 (100%)

N position; TNM	Rigshospitalet	Odense	Aarhus	Aalborg	Total
N0	84 (44%)	24 (86%)	35 (29%)	51 (78%)	194 (48%)
N1	27 (14%)	2 (7%)	4 (3%)	9 (14%)	42 (10%)
NX (kan ikke vurderes)	1 (<1%)	0	0	1 (2%)	2 (<1%)
Manglende information	81 (42%)	2 (7%)	81 (68%)	4 (6%)	168 (41%)
Total	193 (47%)	28 (7%)	120 (30%)	65 (16%)	406 (100%)

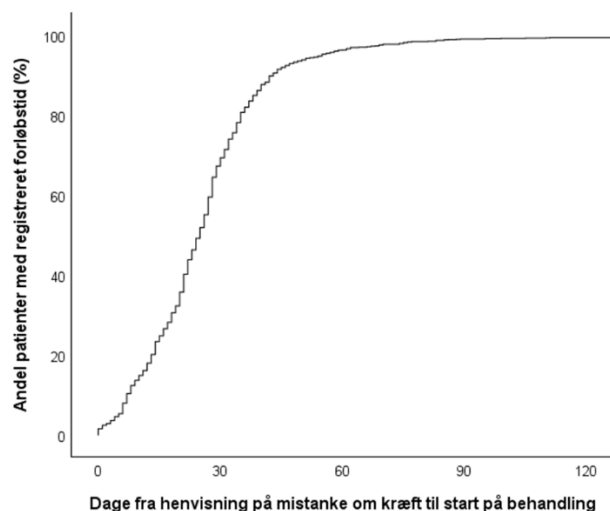
For 2024 er der store registreringsmangler for DATHYRCA. <59% har registreret T+N klassifikation og heraf mangler der forventeligt over 100 patienter i Odense kohorten.

Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

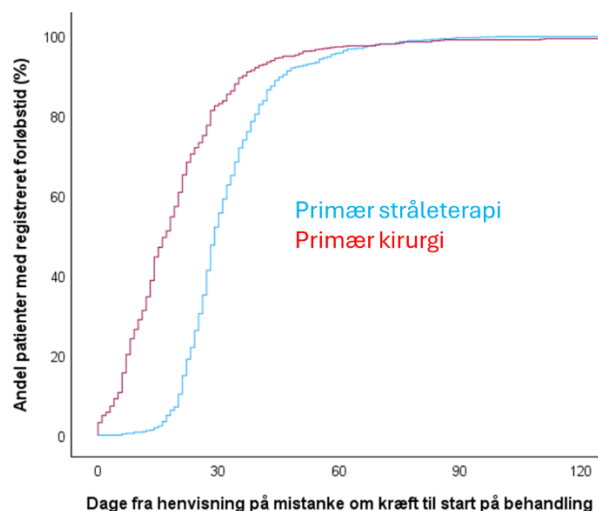
Vi har siden årsrapporten 2014 rapporteret på data trukket via RKKP. Vi rapporterer udelukkende forløbstider på de primært behandlede patienter, hvorfor indikator HHC8 forløbstider adskiller sig fra de pakketider, der udmeldes fra Regionerne, som også indeholder tider for udredning af recidiv-patienter. Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvisning til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3a). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage, hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet (dog 38 dage hvis der er tale om partikelterapi) og 28 dage, hvis kirurgi er den primære behandlingsmodalitet. Alle forløbstider er registreret som kalenderdage (hverdage, weekender og helligdage). Der er fortsat så få patienter der behandles med partikelterapi, at der ikke tages højde for dette i beregningerne. Det vil blive implementeret i de kommende år når partikelterapi forventeligt bliver mere udbredt.

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.454 patienter med AFB02A og AFB02F1-3a data. Data kommer fra LPR3 og er suppleret med datoer for behandlingsstart fra DAHANCA, hvor disse ikke kunne udtrækkes fra LPR3. Denne fremgangsmåde skønnes relevant, da tidligere data fra LPR2 viser en

næsten 100% overensstemmelse mellem dato for start på behandling i LPR2 og DAHANCA (der hvor der er data i begge registre). Dette ser også ud til at være gældende for LPR3 data.



Figur HHC8-1



Figur HHC8-2

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 87% af patienterne for 2024-kohorten, hvilket er en forbedring i forhold til 2023 (81%) og 2022 (65%).

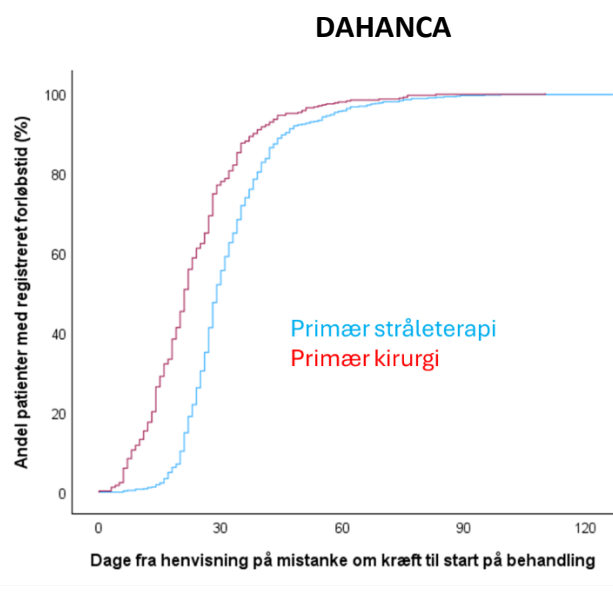
Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var i 2024 25 dage (95% CI: 24,1-25,9) (Figur HHC8-1) mod 25 dage (95% CI: 24,7-26,3) i 2023 og 27 dage (95% CI: 26,5-27,5) i 2022 og 26 dage (95% CI: 25,4-26,6) i 2021. Når forløbstiderne sammenlignes, må man have in mente, at dækningsgraden for indrapporteringer varierer fra år til år og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

Median forløbstid for stråleterapi i 2024 er 29 dage (95% CI: 28,2-29,8) (Figur HHC8-2), mod 30 dage (95% CI: 29,3-30,9), 28 dage (95% CI: 27,4-28,6) i 2022 og 27 dage (95% CI: 26,3-27,7) i 2021.

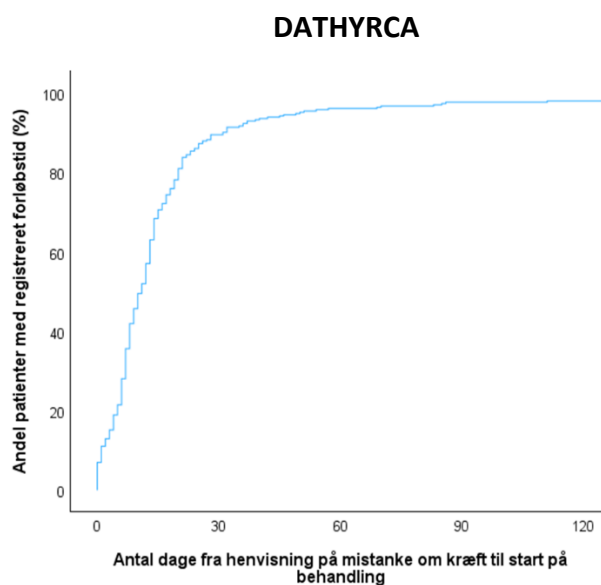
Mediane forløbstid for kirurgi er i 2024 17 dage (95% CI: 15,6-18,4) (Figur HHC8-2), mod 21 dage (95% CI: 19,5-22,1) i 2023, 23 dage (95% CI: 21,4-24,6) i 2022 og 22 dage (95% CI: 20,7-23,3) i 2021.

63% af patienterne overholdt kongeindikatoren i 2024 for stråleterapi og 81% for kirurgi. Flertallet af overskridelser er af 1-3 dages varighed. Dette er rå forløbstider uden nogle former for

pausekoder grundet patientønsker, parallel udredning mv. Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2023 ser således ud, hvis hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

Median forløbstid i 2024 for klassisk hoved-halskræft var uændret 29 dage (95% CI: 28,2-29,8) for stråleterapi, og 21 dage (95% CI: 20,0-21,9) for kirurgi (figur HHC8-3).

Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 11 dage (95% CI: 9,5-12,5) i 2024 (Figur HHC8-4). Der er så få tilfælde af primær strålebehandling for skjoldbruskkirtelkræft, at dette ikke rapporteres.

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	20 dage (19,1-20,9)			14 dage (13,1-14,9)	16 dage (14,1-18,9)	10 dage (8,3-11,7)
Forløbstid stråleterapi	32 dage (30,8-33,3)	32 dage (30,7-33,4)	27 dage (25,4-28,6)	27 dage (26,2-27,8)	31 dage (29,4-32,6)	28 dage (26,5-29,5)
- med tandsanering	32 dage (29,8-34,2)	33 dage (31,9-35,1)	28 dage (26,4-29,6)	28 dage (26,5-29,5)	36 dage (34,0-38,0)	31 dage (28,6-33,3)
- uden tandsanering	32 dage (31,6-33,4)	32 dage (30,1-33,9)	27 dage (24,0-30,0)	26 dage (25,1-26,9)	29 dage (26,7-31,3)	26 dage (24,4-27,6)

Tabel HHC8-1 *Herlev og Næstved-patienter opereres på Rigshospitalet

Tabel HHC8-1 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre. I parentes er 95% konfidensintervallet. Tallene skal tages med forbehold, da antallet af patienter i nogle af grupperne er små.

Tandsanering forud for stråleterapi forsinker kun behandlingsstart minimalt. Der ses udsving mellem afdelingerne, men der er generelt overlap i konfidensintervallerne. Primær kirurgi i Aalborg skiller sig signifikant positivt ud fra resten.

Indikator HHC9 - Andel patienter, med registreret behandling.

1.612 patienter ud af 1.679 har i 2024 fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention) svarende til 96% af kohorten.

År	Andel patienter med registreret behandling
2024	96%
2023	93%
2022	>99%
2021	97%
2020	>98%

I alt 725 patienter modtog alene primær kirurgi, 744 alene primær strålebehandling, og 139 fik kirurgi efterfulgt af strålebehandling. I alt 4 patienter er registreret med primær kemoterapi.

Indikator HHC10 - 30-dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter.

I alt 864 patienter (51% af 2024-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling (med eller uden postoperativ strålebehandling). Fire patienter er registreret død indenfor 30 dage efter kirurgi, svarende til en **30-dages mortalitet på 0,5% i 2024**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været meget lav.

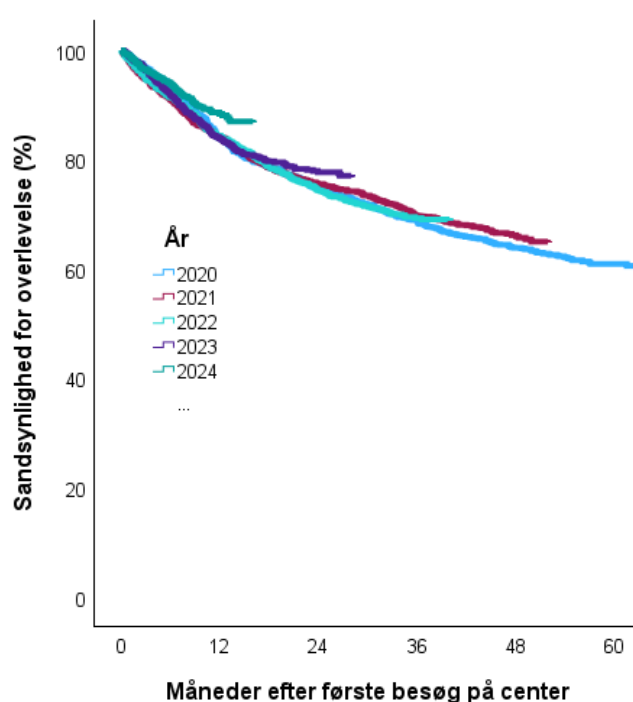
År	30-dages mortalitet
2024	4/864 = 0.5%
2023	1/907 = 0.1%
2022	3/953 = 0,3%
2021	1/826 = 0,1%
2020	2/773 = 0,3%

Indikator HHC11 - Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år

Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

Pr. 11/4 2025 er 125 patienter i DAHANCA 2024-kohorten registreret som døde, svarende til knap 10%.

I figur HHC11-1 ses overlevelse for alle patienter registreret i 2020 til og med 2024-kohorterne. 1273 patienter indgår i analysen for 2024.

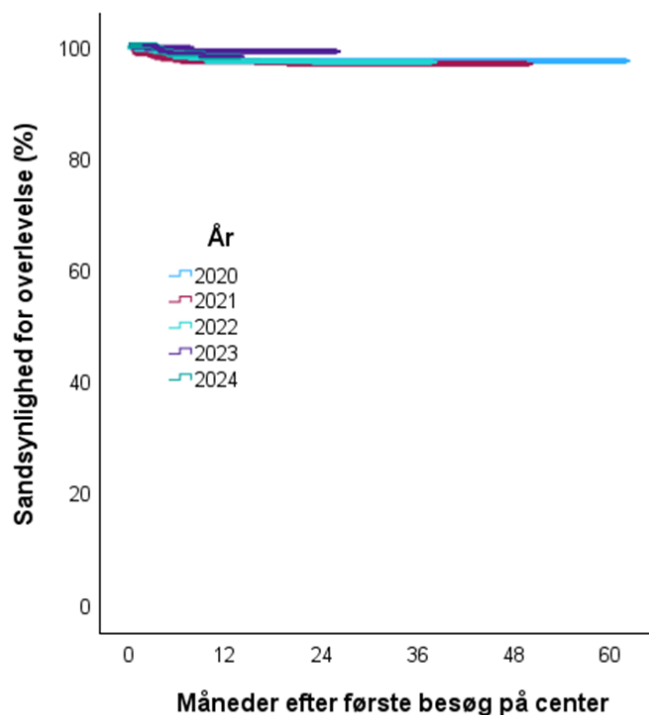


Figur HHC11-1

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DAHANCA 2024-kohorten er 88% [$\pm 1,1\%$], hvilket er på niveau med tidligere år. At tallet er lidt højere for 2024, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer.

Pr. 11/4 2025 er 6 patienter i DATHYRCA 2024-kohorten registreret som døde, svarende til 1,4% af kohorten.

I figur HHC11-2 ses overlevelse for alle patienter registreret i 2020 til og med 2024-kohorterne. 406 patienter indgår i analysen for 2024.



Figur HHC11-2

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DATHYRCA 2024-kohorten er 98% [$\pm 0,9\%$], hvilket er på niveau med tidligere år og lidt højere for 2024, hvilket formentlig afspejler time-bias i rapportering af dødsdatoer.

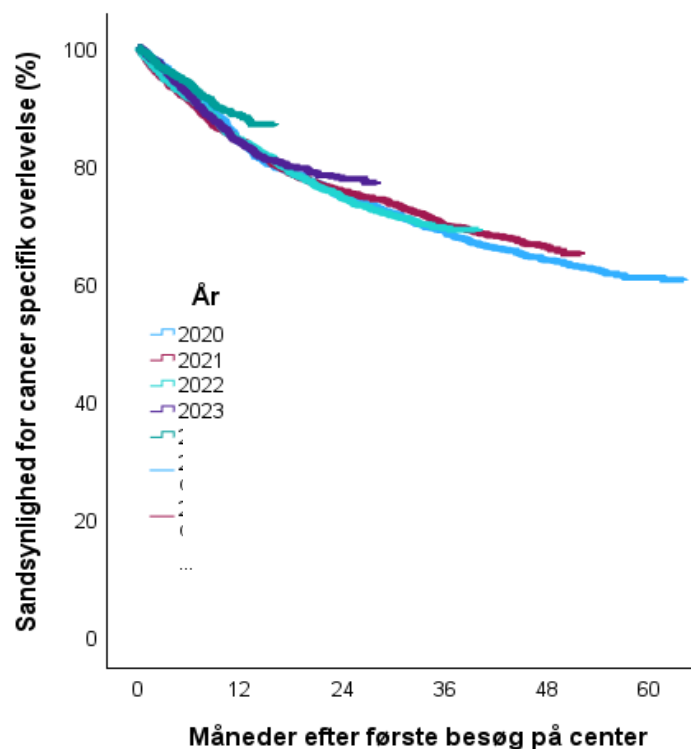
Indikator HHC12 - Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.
Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2024-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2022 kohorten har alle patienter registrering af opfølgning til beregning af total overlevelse.

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2022-kohorten 69% [$\pm 1,3\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2022 er den 95% [$\pm 1,5\%$].

Indikator HHC13 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.

Pr. 11/4 2025 er 69 patienter i 2024-kohorten registeret som døde af kræftsygdommen, svarende til 5% af patienterne. I figuren HHC13-1 nedenfor ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2020 til og med 2024-kohorterne.

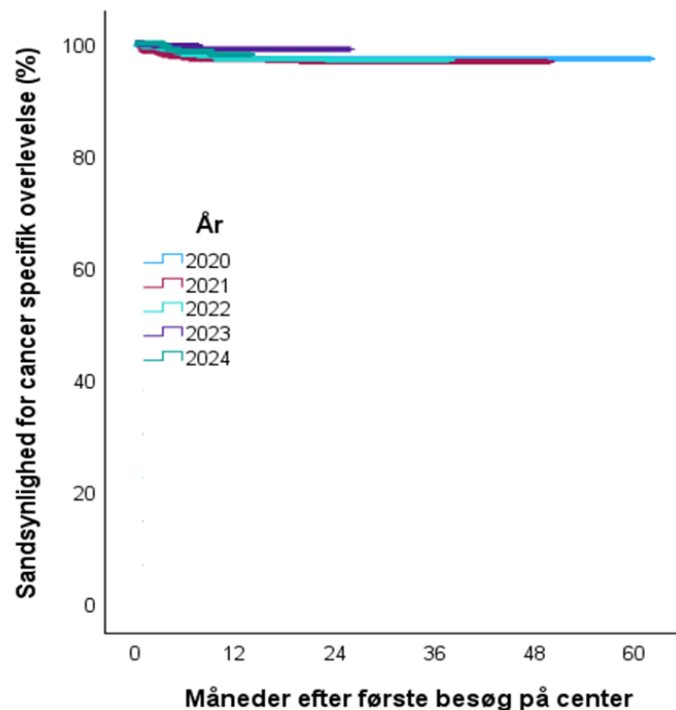


Figur HHC13-1

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for DAHANCA 2024-kohorten er 88% [$\pm 1,1\%$], hvilket er på niveau med tidligere år. At den cancer-specifikke overlevelse er lidt højere for 2024, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer.

Pr. 11/4 2025 er 6 patienter i DATHYRCA 2024-kohorten registeret som døde, svarende til 1,4% af kohorten.

I figur HHC13-2 ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2020 til og med 2024-kohorterne. 406 patienter indgår i analysen for 2024.



Figur HHC13-2

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for DATHYRCA 2024-kohorten er 98% [$\pm 0,9\%$], hvilket er på niveau med tidligere år. At den cancer-specifikke overlevelse er lidt højere for 2024, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer.

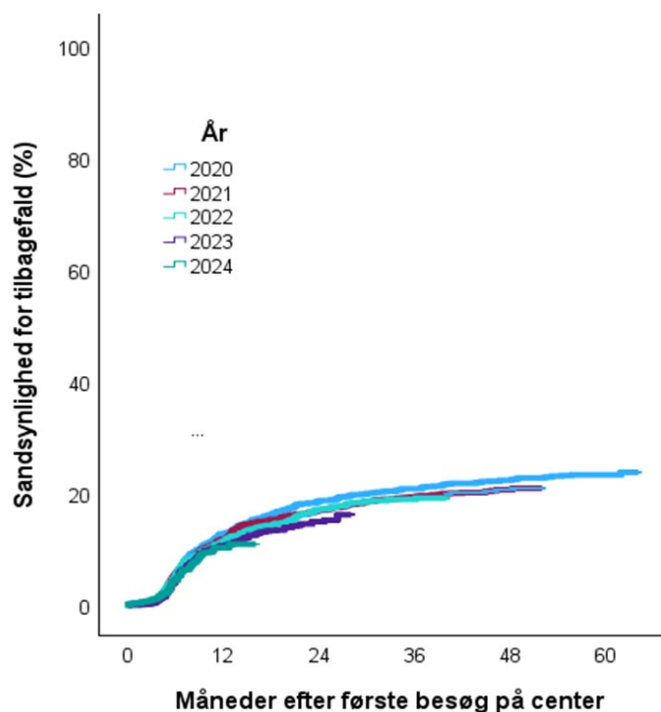
Indikator HHC14 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2024-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2022-kohorten er alle patienter tilgængelige med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse. **For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2022-kohorten 69% [$\pm 1.3\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2022 er den 97% [$\pm 0.8\%$].**

Indikator HHC15 - Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år.

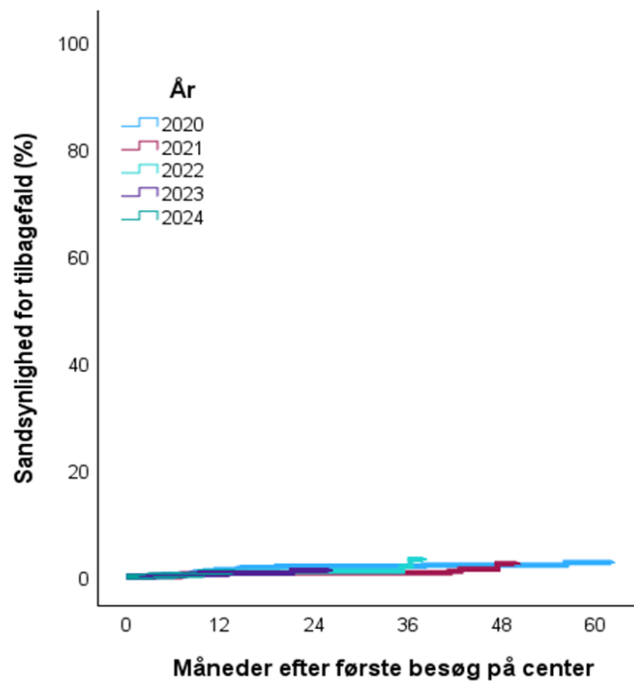
Pr. 11/4 2025 er 105 patienter i 2025-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 8% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2020 og frem til 2024-kohorten.



Figur HHC15-1

Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for DAHANCA 2024-kohorten er 90% [$\pm 1,0\%$], hvilket har været ret stabil de sidste 5 år.

Pr. 11/4 2025 er 2 patienter i DATHYRCA 2024-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 0,5% af kohorten. I figur HHC15-2 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2020 til og med 2024-kohorterne. 406 patienter indgår i analysen for 2024.



Figur HHC15-2

Den aktuariske 1-års cancer kontrol for DATHYRCA 2024-kohorten er 99% [$\pm 0,6\%$], hvilket er på niveau med tidligere år.

Indikator HHC16 - Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2024-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. **For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2022-kohorten 81% [$\pm 1,1\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2022 er den 98% [$\pm 1.0\%$].**

Indikator HHC17 – Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte.

Med recertificering af kvalitetsdatabasen i 2020 blev denne parameter indført, og med tiden bliver det muligt at udfolde indikatoren for opfølgning i 1, 3 og 5 år efter kræft.

Kohorten defineres ud fra det første besøg på en centerafdeling og det vanskeliggør rapportering for det år rapporten omhandler. Nogle patienter starter opfølgning efter kirurgi, mens andre først starter opfølgning efter endt strålebehandling. Således er det kun patienter behandlet med stråleterapi indtil 11/4 2025 som vi principielt kan gøre rede for i indeværende år. **Vi har derfor valgt at afrapportere denne parameter et år bagud, så der i denne rapport rapporteres for 2020-2023 kohorten.** Der er taget højde for de patienter, der dør inden de kan få en 1- eller 3-års opfølgning. Dertil kommer at det er sjældent, at man får opfølgning på dagen, og derfor er en 1-års opfølgning defineret som findende sted mellem den 10. og 14. måned efter endt behandling. Med disse forbehold er der 1091 potentielle 1-års opfølgninger på patienter behandlet i 2024 (korrigeret for død) og heraf har de 352 fået registreret en opfølgning – dvs. **32% af relevante 2024 kohorte er registreret med en opfølgning i DAHANCA. Dette er stabilt men lavt i forhold til tidligere år.**

Det er væsentligt at bemærke, at det ikke er det samme som at patienterne ikke følges klinisk til håndtering af bivirkninger og for opsporing af recidiver (det kan vi se da recidiverne faktisk registreres). Der er formentlig alene tale om en dårlig registreringspraksis, hvilket der vil være fokus på fremadrettet.

År	Opfølgning 1 år efter behandling	Opfølgning 3 år efter behandling	Opfølgning 5 år efter behandling
2023	347/1091 (32%)	NA	NA
2022	431/1138 (38%)	NA	NA
2021	389/1149 (34%)	329/952 (46%)	NA
2020	382/1038 (37%)	331/851 (39%)	NA

Indikator HHC18 - Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling

I 2024-kohorten er 883 patienter registreret som havende modtaget strålebehandling – enten primært eller postoperativt. 699 patienter har fået registreret graden af synkebesvær omkring afslutningen af strålebehandlingen. I alt 314 har fået registreret moderat til svært synkebesvær svarende til at **45% af patienterne i 2024-kohorten har oplevet moderat til svært synkebesvær under strålebehandling**. Dette er på samme niveau som 2021-2023 (41-43%).

Tilsvarende har 322 (af 514 patienter med parameteren registreret) oplevet moderat til svære slimhindeforandringer svarende til at **63% af patienterne med data registreret i 2024 har oplevet moderat til svær slimhindepåvirkning under strålebehandling**. I 2022 var tilsvarende tal 37% og i 2023, 48%, men parameteren er meget følsom overfor udsving i registreringsgraden. Generelt aftager disse gener i sværhedsgrad og minimeres typisk hos flertallet 2-3 måneder efter endt stråleterapi.

Indikator HHC19 - Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde 2 og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling

I alt 883 patienter fik strålebehandling i 2024-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandling har 26% af patienterne (blandt dem der er registreret) en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi er der meget få registreringer af sonde (i alt kun konstateret sonde "ja/nej" hos 93 patienter). 43/93 patienter sv.t. 46% er her registreret med en sonde men den procentsats er svær at have lid til grundet en meget sparsom registrering. Behovet aftager derefter. Et år efter havde 3% i 2024-kohorten en sonde**, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up er begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data. En fjerdedel af patienterne med sondebehov efter stråleterapi er ikke i sig selv problematisk, da det er en del af den understøttende behandling, men behovet skal aftage efter endt behandling, hvilket tallene også antyder.

Indikator HHC20 - Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv

Blandt de 105 patienter, der er registreret med recidiv i 2024-kohorten, er de 18 behandlet med stråleterapi, heraf de 13 med kurative doser. I alt 27 er registreret med pallierende systemisk behandling enten kemoterapi eller immunterapi, mens 29 har modtaget kirurgi for tilbagefaldet. Typisk fjernelse af tilbagefald i lymfeknuderne.

I 2023-kohorten kan der redegøres for den første behandling for tilbagefald hos 87/105: 83% af patienterne, mod 68% i 2023, 72% i 2022 og 55% i 2021.

Indikator HHC21 - Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.

Blandt 125 døde ***i 2024-kohorten er dødsårsagen kendt i 84% af tilfældene.*** Dette er er noget lavere end tidligere år (2019-23: 89-95%).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	69 (55%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	6 (3%)
Anden cancer i øvrigt	1 (1%)
Anden sygdom	22 (18%)
Ulykke/selv mord	1 (1%)
Komplikation til behandling	6 (5%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	20 (16%)

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Hoved-halskræft i Danmark drejer sig traditionelt om flere sygdomsgrupper og dækker over adskillige histologiske undertyper og lokalisationer fra følgende organer:

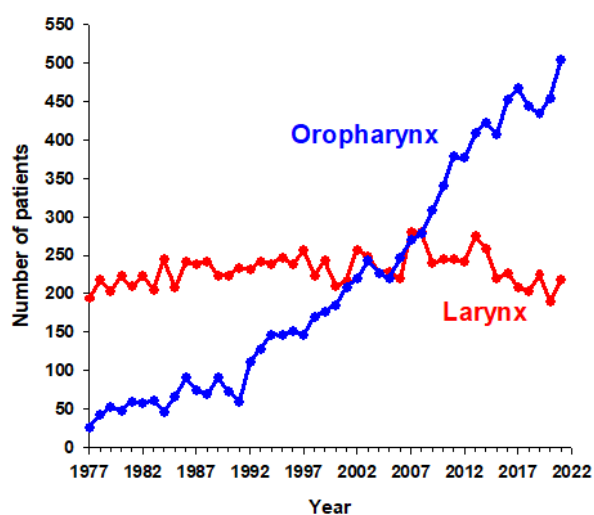
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

Undtaget er tumorer i centralnervesystemet, øjenhule, maligne lymfomer og hudkræft i ansigtsregioner (herunder kræft i læben). Der optræder et varierende antal patienter inden for hver sygdomsgruppe, fra ca. 30 til mere end 500 tilfælde årligt. Der har over tid været tale om ca. 1.600 nydiagnosticerede tilfælde om året. Dette tal er svagt stigende, overvejende betinget af et større antal små cancertilfælde udgående fra skjoldbruskkirtlen samt cancer i mundsvælget (oropharynx) på grund af HPV.

Udredning og behandling af hoved-halskræft i Danmark har gennem de seneste 40 år været organiseret på nationalt plan i den danske hoved-halskræftgruppe Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA) og dens undergruppe DATHYRCA. Gruppen har sikret en kontinuerlig udvikling af diagnostik og behandling baseret på resultater fra store randomiserede kliniske studier; en detaljeret klinisk forskningsdatabase, som for store kræftgruppers vedkommende kan føres tilbage til 1971; et multidisciplinært nationalt samarbejde forankret i afdelinger med højt specialiseret funktion og de respektive specialer med udvikling af evidensbaserede retningslinjer (www.dahanca.dk) med tilhørende kvalitetssikring gennem en national klinisk kvalitetsdatabase.

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige protokoller mv. kan findes på DAHANCA's hjemmeside www.dahanca.oncology.dk. Dette udgør grundstammen i, at data for hoved-halskræft kan sammenlignes år for år. Sammenligning på tværs af landet er dog problematisk på grund af tilfældig variation i patientklientel og de topografiske og stadiemæssige udsving inden for syv undergrupperinger af hoved-halskræft på seks forskellige onkologiske centre.

De fleste tilfælde af hoved-halskræft er pladeepitelkarcinomer, og en væsentlig ætiologi er tobaks- og alkoholmisbrug, hvortil kommer et stigende antal virusrelaterede tilfælde især i mundsvælget med Human Papilloma Virus (HPV) samt for næsesvælgets vedkommende, Epstein-Barr Virus (EBV). På grund af det stigende antal HPV-inducerede tilfælde udgør kræft i mundsvælget den hyppigste undertype, men samtidig er det en gruppe med en generelt god prognose.



Stigningen i antallet af kræft i mundsvælget (oropharynx) er steget markant over de sidste 40 år – primært på baggrund af HPV. Ca. 75% af mundsvælgskarcinomerne er i dag HPV/p16 positive.

Incidensen af alle typer hoved-hals kræft er knap 1.800 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 17.600 (NORDCAN 2022) og dermed stigende. Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 30% til 95%. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft nærmer sig knap 80% og er, ud over udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom, afhængig af patienternes komorbiditet, der bl.a. er influeret af et ofte langvarigt tobaks- og alkoholforbrug. Det er således karakteristisk, at patienter med en lille kræftknode på stemmebåndet har en mindre risiko for at dø af denne kræftsygdom end for at dø af lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i

samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi. Opdaterede tal fra DAHANCA (2020) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 83%, mens den cancer-specifikke overlevelse er 93%.

Oversigt over alle indikatorer

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, cancer oro-pharyngis, cancer hypopharyngis, cancer nasopharyngis, cancer laryngis og cancer glandulae salivarii med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA/DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA/DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tids-ramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>90 % *
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *

HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år. DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	> 90 % *
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år, DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *
HHC17	Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte	Resultat	>90%
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
HHC20	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%
HHC21	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %

*De aktuariske kvalitetsmål i HHC11-16 har principielt set ingen minimumsgrænse

Medlemmer af DAHANCA databasens styregruppe 2024

Formand for Styregruppen	Professor Jens Overgaard (Overordnet databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Sekretariat	Professor Jesper Grau Eriksen
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Kristine Bjørndal (Formand for DAHANCA, DAHANCA's bestyrelse) Jes Sloth Mathisen (Formand for DATHYRCA)
Ålborg/ Onkologi	Overlæge Maria Andersen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Ålborg/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Sten Schytte (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Thomas Kjærgaard (medlem af DAHANCA's Bestyrelse)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Christian Maare (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Herlev/ Øre-næse-hals kirurgi	Anders Christensen (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Onkologi	Overlæge Jeppe Friborg (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Christina Caroline Plaschke (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse) Jacob Høygaard Rasmussen (repræsentant fra DSHHO)
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Køge/ Øre-næse-hals kirurgi	Bahareh Philipsen (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
DCPT	Professor Cai Grau (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Patientrepræsentant	Susanne Alders Hvass Jørn B. Hede

Regionale kommentarer