

Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom database

(DECV-databasen)

Landsdækkende database for patienter
med kræft i spiserør, mavemund og mavesæk

Årsrapport

(for perioden 1. januar 2008 – 31. december 2008)

Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom database

Årsrapport 2008

Indhold

1. Forord	6
2. Revisionspåtegning	7
3. Baggrund.....	8
3.1 Organisation af databasen.....	8
3.1.2 Styregruppen	8
3.2 Årsrapportens tilblivelse	8
4. Dataindsamling og metode	9
4.1 Databasens kvalitetsindikatorer og standarder.....	9
4.2 Statistiske analyser	9
5. Dataindsamling	10
5.1 Datagrundlag.....	10
5.2 Opgørelse af resultater fra de enkelte centre	11
6. DECV-databasens kompletthed.....	12
6.1 DECV-dabasens kompletthedsgrad	12
6.2 Kompletthed af variable.....	16
7. Indikatorer og opfyldelse af kvalitetsstandarder.....	18
7.1 Indikator 1: Patientforløb.....	18
7.2 Indikator 2: Komplikationer ved gastrektomier	20
7.3 Indikator 3: Komplikationer ved torakoabdominale operationer	21
7.4 Indikator 4: 30-dages mortalitet.....	22
7.5 Indikator 5: Livskvalitet.....	23
7.6 Indikator 6: 5-års overlevelse	24
7.7 Indikator 7: Henvisningsmønstre.....	26
7.8 Indikator 8: Antal fjernede lymfeknuder ved operative indgreb	27
8. Status for nydiagnosticerede esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinomer	28
8.1 Patientkarakteristika	28
8.2 Behandlingstype	28
8.3 Histologiske typer.....	29
8.7 ASA-klassifikation	31
9. Status for opererede patienter.....	33
9.1 Patientkarakteristika for patienter som har fået foretaget resektion i 2008	33
9.2 Stadietildeling svarende til postoperativ TNM-klassifikation.....	33
9.3 Postoperative komplikationer.....	34
9.4 Fjernede lymfeknuder	35
10. Vigtigste konklusioner og anbefalinger	36
10.1 Særlige opmærksomhedsområder (ikke-opfyldte standarder)	36
10.2 Øvrige resultater	36

1. Forord

Det er med glæde, at styregruppen for Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom-database (DECV-databasen) præsenterer den femte årsrapport.

Rapporten henvender sig primært til de sundhedsfaglige miljøer og omfatter som tidligere patienter med nydiagnosticeret karcinom i esophagus, cardia og ventrikel, der er diagnosticeret (med biopsidato) i perioden 1. januar 2008 til 31. december 2008. For at give et korrekt billede af den reelt udførte behandling i 2008 er der i år også lavet opgørelser over patienter, der har fået foretaget resektion (intenderet kurativt behandlede) i 2008. I denne patientgruppe indgår således også patienter, der evt. er diagnosticeret før 1. januar 2008 og som dermed ikke indgår i opgørelserne over nydiagnosticerede patienter i 2008. I rapporten indgår opgørelser fra 2008 samt sammenligninger med resultater fra tidligere opgørelsesperioder.

Nærværende rapport beskriver indikatorer og de tilhørende kvalitetsstandarder for behandlingen af patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom i hen-

hold til patientforløb, postoperative komplikationer, livskvalitet, henvisningsmønstre og 5-års overlevelse. Afrapportering af disse faktorer gør, at kvaliteten af behandlingen af denne patientgruppe løbende kan monitoreres, dokumenteres og evalueres med henblik på at opfylde de fastsatte indikatorers kvalitetsstandarder for behandlingen.

Datamaterialet i databasen beskrives i en række frekvenstabeller og opgørelser over udvalgte kvalitetsindikatorer for behandlingen. I kapitel 5 findes nærmere beskrivelse af databasens indhold, efterfulgt af opgørelser over og beskrivelser af databasens dækningsgrad og kompletthed i kapitel 6. Karakteristik af patienter og patientforløb falder i to dele: en analytisk del (indikatorer) (kapitel 7) og en deskriptiv del (kapitlerne 8 og 9). Indikatordelen indeholder i tabelform oversigter over beregnede kvalitetsindikatorer samt grafisk afbildning af det samlede overlevelseshillede for de registrerede patienter. Den deskriptive del indeholder oversigter over nydiagnosticerede patienter (kapitel 8) samt over resecerede patienter i 2008 (kapitel 9).

2. Revisionspåtegning

Kompetencecenter Nord har gennemgået årsrapporten med udgangspunkt i de gældende basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, som er opstillet af Danske Regioner.

Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom database (DECV-databasen) monitorerer kvaliteten af behandlingen af esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom i Danmark ved hjælp af otte kvalitetsindikatorer. Denne årsrapport er baseret på patienter, som er diagnosticeret i perioden 1. januar 2008 til og med 31. december 2008. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord). De statistiske analyser i rapporten er alle foretaget af personale ansat ved Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord).

Årsrapporten indeholder et særskilt afsnit, hvor alle databasens kvalitetsindikatorer beskrives. Alle kvalitetsindikatorer er offentliggjort på ikke-anonymiseret afdelingsspecifikt niveau, med angivelse af landsresultater til sammenligning. Analyser af 5-års overlevelse er opgjort, så det er muligt at følge langtidsoverlevelsen. Kvalitetsindikatorerne er ledsaget af forklaringer og faglige kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne.

Rapporten indeholder endvidere et opsummerende afsnit med de vigtigste konklusioner og anbefalinger fra styregruppen.

Rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære rapportens angivne konklusioner og anbefalinger.

Rapporten indeholder endeligt et afsnit vedrørende datagrundlaget, inklusiv komplement af de registrerede variable på både lands- og afdelingsniveau. Udredning og behandling for esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom er i Danmark søgt samlet i fire centre. Centrene er alle tilsluttet DECV-databasen, og dækningsgrad og datakomplethed er generelt høj for patienter, som er udredt og behandlet på centrene. Der er dog fortsat en betydelig andel af patientgruppen, som tilsyneladende ikke visiteres til et af centrene. På disse patienter foreligger kun registerdata fra administrative registre inklusiv Patologiregisteret og Landspatientregisteret. Der sker dog i praksis udelukkende kirurgisk behandling på centrene, og DECV-databasen er derfor reelt komplet og kan give et retvisende billede af den kirurgiske indsats hos patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom i Danmark.

Rapporten lever således samlet set op til basiskravene vedrørende rapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

Søren P. Johnsen
Forskningsoverlæge, ph.d.,
Kompetencecenter Nord

3. Baggrund

Ifølge 2001-udgivelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning samt lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet er det præciseret, at udredning og behandling af patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom skal foregå i et integreret samarbejde mellem kirurgiske gastroenterologer og thoraxkirurger og med fælles operationsteam. I 2008 var behandlingen fordelt på fire centre på Rigshospitalet (Region Hovedstaden), Odense Universitetshospital (Region Syddanmark), Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (Region Midtjylland) samt Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus (Region Nordjylland). Tidligere, det vil sige frem til 2008, var Gentofte Hospital også et selvstændigt center, men denne funktion er nu fusioneret med Rigshospitalet.

3.1 Organisation af databasen

DECV-databasen blev etableret i 2003 og databasen er godkendt som landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase af Sundhedsstyrelsen. DECV-databasen er tilknyttet Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser (Nord). Driften af databasen finansieres gennem bevillinger fra sygehusejernes fællespulje for kliniske kvalitetsdatabaser samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af infrastrukturen for klinisk kræftforskning.

3.1.2 Styregruppen

Styregruppen for DECV-databasen består af en repræsentant fra hvert af de fire centre og repræsentanter udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab, Dansk Thoraxkirurgisk Selskab, Dansk Gastroenterologisk Selskab, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi samt Dansk Selskab for Onkologi. Desuden er repræsentanter fra Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord) og fra den ansvarlige offentlige myndighed med i styregruppen.

Sammensætning af databasens styregruppe er fastlagt i DECV-dabasens vedtægter og består aktuelt af:

Ledende overlæge, dr. med. Lone Susanne Jensen

Kirurgisk Gastroenterologisk Afd. L, Århus Sygehus, Nørrebrogade
Repræsentant for Århus (formand)

Overlæge Peter Brøndum Mortensen

Kirurgisk Gastroenterologisk Afd. A, Aalborg Sygehus
Repræsentant for Aalborg

Overlæge Jakob Holm

Abdominalcentret, Kir. Gastro. Klinik CTX, Rigshospitalet
Repræsentant for Rigshospitalet

Overlæge, professor, dr. med. Claus Hovendal

Kirurgisk Afd. A, Odense Universitetshospital
Repræsentant for Odense samt repræsentant for Dansk Gastroenterologisk Selskab

Overlæge, Birgitte Federspiel

Patologisk Afd., Rigshospitalet
Repræsentant for Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi

Overlæge, ph.d. Marianne Nordmark

Onkologisk Afd. D, Århus Sygehus
Repræsentant for Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Overlæge Hans Pilegaard

Hjerte-/Lunge-/Karkirurgisk Afd. T, Skejby Sygehus
Repræsentant for Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

Overlæge, dr. med. Lars Bo Svendsen

Abdominalcentret, Kir. Gastro. Klinik CTX, Rigshospitalet
Repræsentant for Dansk Kirurgisk Selskab

Kvalitetschef Jens Kjær-Rasmussen

Planlægnings- og Udviklingskontoret, Region Nordjylland
Repræsentant for den registeransvarlige myndighed

Forskningsoverlæge, ph.d., Søren Paaske Johnsen

Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord)

Cand. scient. Heidi Larsson

Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord)

3.2 Årsrapportens tilblivelse

I 2009 er der afholdt i alt to heldagsmøder i styregruppen i forbindelse med databasen og udarbejdelse af nærværende årsrapport. Herudover er der gennemført både telefonmøder og kontinuerlige diskussioner pr. e-mail.

De statistiske analyser og tilhørende tabeller er udført af biostatistiker Heidi Larsson og årsrapporten er udarbejdet af reservelæge Anne-Mette Bay Bjørn og forskningsoverlæge, ph.d. Søren Paaske Johnsen fra Kompetencecenter for Kvalitetsdatabaser (Nord).

4. Datamateriale og metode

4.1 Databasens kvalitetsindikatorer og standarder

Kvantificerbare indikatorer kan belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. Målet er 1) at følge og vurdere, om behandlingsresultaterne lever op til det ønskede niveau, 2) at fastholde og forbedre resultaterne og 3) at lokalisere årsagerne til evt. utilfredsstillende resultater.

De udvalgte kvalitetsindikatorer er:

1. Patientforløb (proces-indikator)

Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til operationsdato, for intenderet kurativt behandlede patienter.

Standard: mindre end 5 uger for mere end 90% af patientforløbene.

2. Komplikationer ved gastrektomier (resultat-indikator)

Anastomoseinsufficiens ved total gastrektomi.

Standard: højst 5%.

3. Komplikationer ved thorakoabdominale operationer (resultat-indikator)

Anastomoseinsufficiens for thorakoabdominale operationer.

Standard: højst 10%.

4. 30-dages mortalitet (resultat-indikator)

Dødsfald inden for 30 dage efter operation, for intenderet kurativt behandlede patienter.

Standard: mindre end 10%.

5. Livskvalitet (resultat-indikator)

Hypigheden af bivirkninger til behandlingen i form af synkebesvær.

Standard: mindre end 25%.

6. 5-års overlevelse (proces-indikator)

Fem års overlevelsen efter operation, for intenderet kurativt behandlede patienter.

Standard: Mere end 30% for esophagus-, cardia- og ventrikeldkarcinom.

7. Henvisningsmønster (proces-indikator)

Andelen af patienter i en given region, der visiteres til vurdering på center med landsdelsfunktion i forhold til det totale antal diagnosticerede patienter i regionen (vurderet ud fra indberetning til Patologiregisteret).

Standard: mindst 90%.

8. Antal fjernede lymfeknuder ved operative indgreb (resultat-indikator)

Mindst 15 fjernede lymfeknuder hos patienter, der har fået foretaget intenderet kurativ behandling, og som samtidig har fået foretaget resektion.

Standard: mindst 80%.

4.2 Statistiske analyser

Indikatorerne præsenteres ved angivelse af procent-satser/andele af patienter med en given karakteristik (=indikatorværdien) samt det tilhørende 95% sikkerhedsinterval (95% CI). Indikatoren er opfyldt, hvis indikatorværdien svarer til den opstillede standard. Såfremt det anførte 95 % sikkerhedsinterval for indikatorværdien ikke omfatter standardværdien, kan det konkluderes, at indikatoren ligger enten over eller under den opstillede standard, og at forskellen i forhold til standarden ikke kan forklares ved tilfældig variation. Der foreligger med andre ord en statistisk signifikant forskel. Omfatter 95% sikkerhedsintervallet derimod standardværdien, er det ikke muligt at afgøre, om indikatorværdien med sikkerhed adskiller sig fra den opstillede standard.

For indikator 6 (5-års overlevelse) angives både en tabel med indikatorværdier samt en grafisk fremstilling af overlevelsen for databasens patientpopulation i form af overlevelseskurver. Disse er beregnet via Kaplan-Meier metoden. Kurver for delpopulationer sammenlignes overordnet ved hjælp af log-rank test. Overlevelseskurverne vurderes at være signifikant forskellige, hvis der observeres en p-værdi på under 0,05. Det skal understreges, at dette ikke er en test for, om overlevelsen på et givet tidspunkt kan siges at være forskellig i de sammenlignede grupper, men udelukkende en test for ensartethed over den samlede observationsperiode.

Alle tabeller og analyser er udarbejdet i SAS 9.2.

5. Dataindsamling

5.1 Datagrundlag

Ved indberetning af nydiagnosticeret esophagus-, cardia- eller ventrikelkarcinom anvendes et anamneseskema, et behandlingsskema og senere et follow-up skema. Inden for hver karcinomtype kan der i databasen vælges mellem tre overordnede behandlingsstrategier; intenderet kurativ behandling, palliativ behandling eller ingen behandling. Inden for hver type behandlingsskema er der en omfattende registrering, hvad angår type af operative og non-operative procedurer samt komplikationer, og en detaljeret patoanatomisk beskrivelse. Databasens indhold er omfangsrigt. Eksempelvis omfatter registreringen af en patient diagnosticeret med esophaguskarci- nom op til 160 variable, hvis der er udfyldt anamnese- skema, behandlingsskema og follow-up skema.

For at indgå i denne årsrapports opgørelsesperiode er det en forudsætning, at patienter med nydiagnosticeret esophagus-, cardia- eller ventrikelkarcinom er registre- ret med en positiv biopsi (karcinom) i perioden 1. jan- uar 2008 til 31. december 2008, og at den indberettende afdeling/center har indleveret patientens anamnese- skema samt et af de tre mulige behandlingsskemaer (intenderet kurativ, palliativ eller ingen behandling). Patienter diagnosticeret i slutningen af 2008, som ikke

har et afsluttet behandlingsskema, indgår ikke i disse opgørelser. Tilsvarende indgår patienter, der er diag- nosticeret før 1. januar 2008, og som først har fået af- sluttet et behandlingsskema i 2008, heller ikke. Der er dog i denne rapport lavet supplerende opgørelser over alle de patienter, der reelt har fået foretaget resektion i kalenderåret 2008. Derved gives et mere retvisende billede af den kirurgiske aktivitet i 2008. Det skal dog understreges, at patienter, der ikke har modtaget ope- rativ behandling, ikke indgår i disse opgørelser.

I alt 3810 indberettede patientforløb er registreret i da- tabasen fra 1. juni 2003 til 31. december 2008 (tabel 1). Det skal bemærkes, at den første opgørelsesperiode (2003/2004) har en længde på 19 måneder, og at resulta- terne for denne periode ikke er direkte sammenlignelige med opgørelserne fra kalenderårene 2005, 2006, 2007 og 2008. Endvidere skal der udvises varsomhed med at sammenligne tidligere udsendte årsrapporter, idet der i den aktuelle rapport er inkluderet en række ekstra pa- tientforløb hvor den første positive biopsi er fra før 2008. Disse patientforløb indgår i den aktuelle rapport under deres relevante opgørelsesperiode, hvorfor datamateri- alet vedrørende tidligere opgørelsesperioder ikke er helt identisk med tidligere udsendte årsrapporter.

Tabel 1. Indberettede nydiagnosticerede esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom patientforløb med første positive biopsi i angivne perioder, fordelt på valg af behandling i 2003/2004 samt kalenderårene 2005, 2006, 2007 og 2008.

		2003/2004	2005	2006	2007	2008	I alt
		Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Esophagus	Intenderet kurativ behandling	129	47	62	46	70	354
	Palliativ behandling	211	111	116	121	128	687
	Ingen behandling	36	16	30	9	6	97
	Total	376	174	208	176	204	1138
Cardia	Intenderet kurativ behandling	173	135	136	156	158	758
	Palliativ behandling	161	134	132	169	142	738
	Ingen behandling	62	43	54	28	24	211
	Total	396	312	322	353	324	1707
Ventrikel	Intenderet kurativ behandling	137	65	88	79	72	441
	Palliativ behandling	77	39	71	56	65	308
	Ingen behandling	66	31	40	38	41	216
	Total	280	135	199	173	178	965
I alt	1052	621	729	702	706	3810	

5.2 Opgørelse af resultater fra de enkelte centre

Behandlingen af patienter med karcinomer i esophagus, cardia eller ventrikel foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem kirurgiske gastroenterologer, thoraxkirurger og onkologer, og det vil derfor ikke give mening at offentliggøre data separat for de enkelte centres thoraxkirurgiske og kirurgisk gastroenterologiske afdelinger. Hvorvidt patienterne er registreret fra en kirurgisk gastroenterologisk eller thoraxkirurgisk afdeling vil oftest bero på, hvem det pågældende center har valgt som registreringsansvarlig overlæge. Således analyseres data i årsrapporten på centerniveau, d.v.s. centerspecifikke resultater fra Rigshospitalet, Odense Universitetshospital, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus samt Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus.

6. DECV-databasens kompletthed

Målet med DECV-databasen er, at alle patienter, der fra og med 1. juni 2003 er nydiagnosticerede med esophagus-, cardia-, eller ventrikelkarcinom, inkluderes i databasen. Dette med henblik på at sikre, at databasen kan give et retvisende billede af kvaliteten af behandlingen og håndteringen af disse patientkategorier. Såfremt det er tilfældigt, hvilke patienter der ikke registreres, vil selv en relativ lav kompletthedsgrad ikke nødvendigvis være en hindring for at databasen kan afspejle kvaliteten. Hvis der derimod er tale om, at særlige grupper af patienter, f.eks. patienter med en særlig god eller dårlig prognose, er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen, vil der være introduceret en systematisk fejlkilde i registreringen (selektionsbias), hvilket vil vanskeliggøre en tolkning af resultaterne fra databasen. Ofte er det i praksis svært at afgøre, i hvilket omfang manglende kompletthed kan henføres til tilfældigheder eller en systematisk fejl.

6.1 DECV-databasens kompletthedsgrad

Dataudtræk fra Patologiregisteret anvendes som reference til vurdering af DECV-databasens kompletthedsgrad. Patologiregisteret blev oprettet 1. april 1997 for centralt at indsamle data om ydelser på landets patoanatomiske afdelinger, og siden 1. juli 1997 har der været indberetningspligt til Patologiregisteret. Indberetning til registeret foregår elektronisk, og patologifdelingene indberetter dagligt de patoanatomiske undersøgelser til Sundhedsstyrelsen. Kodningen i Patologiregisteret foregår via den danske version af SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) for Patologi, der anvendes som klassifikations- og no-

menklaturssystem for kodning og registrering af patoanatomiske diagnoser.

Indberetninger til DECV-databasen er sammenlignet med registreringer i Patologiregisteret for perioden 1. januar 2008 til 31. december 2008, idet samkøring af data er sket på individniveau ved hjælp af CPR-nummer. For at indgå i analyser af dækningsgraden skal patienter i DECV-databasen blot være registreret med et udfyldt anamneseskema. Fra Patologiregisteret er anvendt data på patienter, som har en topografkode i området T 62.000-T 63.700 eller T 63.910-T 63.951 og samtidig en malign morfologidiagnose i intervallet M80000-M85800. De patienter, der i det givne tidsinterval har en morfologidiagnose, som ender på 6 eller 4 (dvs. metastase i esophagus, cardia eller ventrikel), er ekskluderet i forbindelse med valideringen. Der er anvendt data på nydiagnosticerede patienter, idet data er udtrukket på en sådan måde, at patienter, der opfylder de nævnte søgekriterier, ikke tidligere er registreret med diagnoser i samme kodeintervaller.

Det skal dog bemærkes, at ingen af de tilgængelige administrative registre kan anvendes som fejlfri reference. Vurderingen af databasens kompletthed skal derfor primært betragtes som en indikation af de reelle forhold.

I tabel 2 ses DECV-databasens dækningsgrad gennem årene. Tabellen viser, at 73% af det samlede antal patienter med relevante karcinomer blev indberettet til DECV-databasen i 2008. Denne andel er stort set uændret i forhold til den tilsvarende andel i de tidligere opgørelsesperioder.

Tabel 2. Dækningsgraden af det samlede antal indberetninger til DECV-databasen 2003-2008.

Dækningsgraden er set i forhold til antal indrapporteringer til Patologiregisteret.

Beskrivelse	2003/2004	2005	2006	2007	2008
Antal patienter i DECV-databasen	1052	627	728	695	747
Antal patienter i Patologiregisteret	1462	887	980	941	1006
Antal patienter i DECV-databasen og Patologiregisteret	997	616	709	687	731
Manglende patienter i DECV-databasen	465	271	271	254	275
Manglende patienter i Patologiregisteret	55	11	19	8	16
Samlet antal patienter	1517	898	999	949	1022
DECV-dabasens dækningsgrad (%)	69	70	73	73	73

Kommentar

DECV-databasens dækningsgrad var 73% i 2008, hvilket var uændret ved sammenligning med tidligere års dækningsgrad. 27% af patienterne bliver ikke henvist til et center med landsdelsfunktion med henblik på vurdering og/eller behandling og denne andel har været uændret gennem perioderne. Endvidere henvises til kommentar på side 15.

Tabel 3 viser en opgørelse over prøver med relevante karcinomdiagnoser (n=1006) registreret i Patologiregisteret i 2008. Disse patienter er fordelt i to kolonner, dels de patienter, der er registreret i DECV-databasen, og de, som ikke er registreret.

Tabel 3. Opgørelse over prøver med relevante karcinomdiagnoser registreret i Patologiregisteret 2008. Fordeling af undersøgende patoanatomiske afdelinger samt angivelse af registrering/ikke registrering i DECV-databasen. For prøver, der ikke er registreret i DECV-databasen, angives det primære rekvirerende sygehus, og for de registrerede prøver angives det indrapporterende center.

Undersøgende patologiafdeling	Ikke registreret i DECV-databasen (n=275)		Registreret i DECV-databasen (n=731)	
	Antal	Rekvirerende sygehus (antal)	Antal	Indrapporterende sygehus (antal)
Rigshospitalet	18	Rigshospitalet (12) Grønland (5) Færøerne (1)	57	Odense (2) Rigshospitalet (55)
Bispebjerg	11	Bispebjerg (11)	17	Rigshospitalet (17)
Hvidovre	12	Hvidovre (6) Amager (3) Glostrup (1) Speciallæger (2)	36	Århus (1) Rigshospitalet (35)
Gentofte	6	Gentofte (4) Herlev (2)	16	Odense (1) Rigshospitalet (15)
Herlev	16	Gentofte (6) Glostrup (1) Herlev (9)	12	Rigshospitalet (12)
Frederiksborg Amt	15	Frederiksborg Amt (12) Speciallæger (3)	41	Odense (1) Rigshospitalet (40)
Speciallæger i patologi	6	Privathospitalet Hamlet (1) Speciallæger (5)	48	Århus (1) Rigshospitalet (47)
Roskilde	11	Køge (10) Speciallæger (1)	27	Odense (1) Rigshospitalet (26)
Sygehus Vestsjælland	12	Sygehus Vestsjælland (12)	26	Odense (2) Rigshospitalet (24)

Tabel 3. Opgørelse over prøver med relevante karcinomdiagnoser registreret i Patologiregisteret 2008. (Fortsat)

Undersøgende patologiafdeling	Ikke registreret i DECV-databasen (n=275)		Registreret i DECV-databasen (n=731)	
	Antal	Rekvirerende sygehus (antal)	Antal	Indrapporterende sygehus (antal)
Storstrømmens Sygehus	22	Storstrømmens Sygehus (22)	36	Århus (2) Rigshospitalet (34)
Region Sjællands Sygehusvæsen	8	Region Sjællands Sygehusvæsen (8)	11	Rigshospitalet (11)
Odense	0	-	56	Århus (2) Odense (54)
Sygehus Fyn	7	Sygehus Fyn (7)	30	Odense (30)
Sønderborg	16	Sønderborg (2) Tønder Sygehus (2) Åbenrå (11) Speciallæger (1)	26	Odense (26)
Esbjerg	19	Esbjerg (17) Speciallæger (2)	21	Århus (1) Odense (19) Rigshospitalet (1)
Vejle	24	Horsens (6) Kolding (10) Vejle (8)	48	Århus (23) Odense (25)
Holstebro	13	Holstebro (4) Herning (8) Kirurgisk Klinik Vestjylland (1)	20	Århus (20)
Århus Sygehus, NBG	13	Århus Sygehus, NBG (9) Odder (2) Speciallæger (2)	35	Aalborg (1) Århus (34)
Århus Sygehus, THG	4	Århus Sygehus, THG (4)	9	Århus (9)
Randers	17	Silkeborg (5) Randers (12)	38	Århus (38)
Viborg	11	Viborg (10) Speciallæger (1)	18	Aalborg (15) Århus (2) Odense (1)

Tabel 3. Opgørelse over prøver med relevante karcinomdiagnoser registreret i Patologiregisteret 2008. (Fortsat)

Undersøgende patologiafdeling	Ikke registreret i DECV-databasen (n=275)		Registreret i DECV-databasen (n=731)	
	Antal	Rekvirerende sygehus (antal)	Antal	Indrapporterende sygehus (antal)
Aalborg	3	Aalborg (2) Farsø (1)	72	Aalborg (69) Århus (3)
Hjørring	11	Thisted (2) Hjørring (9)	31	Aalborg (26) Århus (4) Odense (1)
I alt	275		731	

Kommentar

I de tilfælde, hvor der i ovenstående tabel er sammenfald mellem et sygehus' patologiske afdeling og det rekvirerende sygehus, og hvor det rekvirerende sygehus samtidig huser et af de fire centre, skulle man forvente, at patienterne havde haft mulighed for at blive registreret i DECV-databasen. Der kan imidlertid identificeres i alt 38 patienter, som ikke er registreret i DECV-databasen, til trods for at de har været indlagt på et sygehus, som huser et center. I forbindelse med udarbejdelse af DECV årsrapporten for 2007 blev lignende indlæggelsesforløb nærmere gennemgået. Det viste sig, at det overvejende drejede sig om patienter, som 1) enten ikke indgik i registreringen til DECV-databasen, da patienterne ikke havde primært karcinom i esophagus, cardia eller ventrikel eller 2) havde været indlagt på andre afdelinger på de pågældende sygehuse (f.eks. øre-, næse- og halsafdelinger) og dermed ikke havde haft kontakt til de afdelinger, som indgår i centrene.

For de øvrige manglende patienter i DECV-databasen (n=275-38 = 237) er diagnostik øjensynligt foregået på andre sygehuse end de fire centre. Vejle Sygehus (n=24) og Storstrømmens Sygehus (n=22) er de rekvirerende sygehuse, som ikke er centre, hvorfra der antalsmæssigt er flest patienter (≥ 20 patienter), som ikke er blevet registreret i databasen/henvist til et center. Dog skal der gøres opmærksom på, at henvisningsmønster eller grad af konferering med et af de fire centre ikke fuldt kan klarlægges ud fra ovenstående.

I forbindelse med udarbejdelse af tidligere årsrapporter har styregruppen arbejdet med at identificere patienterne i Landspatientregistret (LPR) og klarlægge forhold vedrørende de patienter, der blev diagnosticeret og behandlet på andre sygehuse end de fire centre. Udtræk fra LPR viste, at antallet af patienter med esophagus-, cardia- eller ventrikelkarcinom, som blev opereret uden for centrene er faldet markant siden DECV-databasen blev etableret. Centralisering af den kirurgiske behandling er sket i henhold til gældende anbefalinger og kan kun bifaldes. Centraliseringen bør dog ikke kun omfatte den kirurgiske behandling, og det er derfor afgørende, at alle patienter henvises til et af centrene med henblik på en korrekt visitering til udredning og behandling, og hermed også registrering i databasen.

6.2 Kompletthed af variable

Kompletheden af de registrerede data på den enkelte patient er af stor betydning for validiteten af resultaterne fra DECV-databasen. De indrapporterede data, som er afgørende for indikatorberegninger, er nedenfor an-

givet for at illustrere kompletheden af de registrerede data på den enkelte patient. I tabellerne 4-9 indgår tal for alle esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinomer registreret i DECV-databasen i 2008.

Tabel 4. Kompletheden af data vedrørende datoangivelser i DECV-databasen.

For patienter behandlet med intenderet kurativt sigte, palliativt sigte og patienter som ikke kan tilbydes behandling eller afstår fra behandling.

Behandlingstype	Dato for modtagelse af henvisning til indrapporterende sygehus				
	Oplyst		Uoplyst		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	
Intenderet kurativ behandling	299	99,7	1	0,3	300
Palliativ behandling	324	96,7	11	3,3	335
Ingen behandling	70	98,6	1	1,4	71
I alt	693	98,2	13	1,8	706

Tabel 5. Kompletheden af data vedrørende udfyldelse af follow-up skema i DECV-databasen.

Registreringen af udfyldte follow-up skemaer er opdelt i 1.-3. kvartal og 4. kvartal. Det forventes at 4. kvartal kan være ufuldstændigt registreret, idet follow-up skemaet udfyldes tre måneder efter, biopsien er udført.

Udfyldelse af follow-up skema	Intet follow-up skema		Follow-up skema udfyldt		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	
Biopsidata					
2008, 1.-3. kvartal	155	66,8	77	33,2	232
2008, 4. kvartal	65	95,6	3	4,4	68
2008 i alt	220	73,3	80	26,7	300

Tabel 6. Kompletheden af data vedrørende hyppighed af bivirkninger i DECV-databasen.

Hos patienter behandlet med intenderet kurativt sigte, hvor der samtidig foreligger et follow-up skema.

Bivirkning til behandling	Oplyst		Uoplyst		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	
Diarre	73	91,3	7	8,8	80
Dumping	75	93,8	5	6,3	80
Refluks	75	93,8	5	6,3	80
Synkebesvær	75	93,8	5	6,3	80

Tabel 7. Komplettheden af data i DECV-databasen vedrørende angivelse af operationsdato.

For patienter i intenderet kurativ behandling og palliativ behandling.

Behandlingstype	Operationsdato		I alt Antal
	Oplyst		
	Antal	%	
Intenderet kurativ behandling	264	100,0	264
Palliativ behandling	24	100,0	24
I alt	288	100,0	288

Tabel 8. Komplettheden af data registreret i DECV-databasen vedrørende udvalgte prognostiske faktorer.

Prognostiske faktorer	Oplyst		Uoplyst		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	
	Komorbiditet bedømt ud fra ASA-score	677	95,9	29	
Præoperativ dysfagi-score	678	96,0	28	4,0	706
Præoperativ vurdering af TNM-klassifikation	705	99,9	1	0,1	706
Rygning	563	79,7	143	20,3	706
Alkohol	632	89,5	74	10,5	706

Tabel 9. Komplettheden af data registreret i DECV-databasen vedrørende komplikationer.

Hos patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelcarcinom, som har fået foretaget resektion (intenderet kurativ behandling).

Resektionstype	Komplikation	Oplyst		I alt Antal
		Antal	%	
Gastrektomi	Anastomose-insufficiens	35	100,0	35
	Anden lækage	35	100,0	35
Resectio ventriculi cum gastrojejunostomia	Anastomose-insufficiens	20	100,0	20
	Anden lækage	20	100,0	20
Transtorakal resektion	Anastomose-insufficiens	147	100,0	147
	Anden lækage	147	100,0	147

Kommentar

Komplettheden af de registrerede variable er høj, og der ses en kompletthed på mere end 90% på de væsentligste variable (dato for henvisning, operationsdatoer, prognostiske faktorer (f.eks. rygning og alkohol). Det er erfaringsmæssigt vanskeligt at få registreret oplysninger om bl.a. alkohol og rygning i kliniske kvalitetsdatabaser. I denne database er komplettheden af data vedrørende alkohol (89,5%) og rygning (79,7%) dog relativt høj.

Komplettheden af data vedrørende udfyldelse af follow-up skema er lav (26,7%), hvilket er utilfredsstillende. DECV-styregruppen har fremover besluttet at ophøre med registrering af follow-up skemaerne. Komplettheden har gennem årene været uændret lav, og mange af de registrerede variable kan indhentes fra andre eksisterende datakilder.

7. Indikatorer og opfyldelse af kvalitetsstandarder

Der gøres opmærksom på, at der for nogle indikatorer i denne opgørelse er anvendt den patientgruppe, som har fået foretaget resektion i det angivne år (indikator 2, 3, 4 og 8) i modsætning til patienter diagnosticeret det pågældende år, som praksis har været i de tidligere afreporteringer.

7.1 Indikator 1: Patientforløb

For intenderet kurativt behandlede patienter, diagnosticeret (første positive biopsi) i det angivne år angives patientforløb i tid (dage) fra modtagelse af henvisning på sygehuset til operationsdato. Tiden skal være mindre end fem uger (≤ 35 dage).

Standard: mindst 90%

Tabel 10. Indikator 1.

Indikator 1	2006	2007	Antal relevante patientforløb*	2008	Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)
	Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)	Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)		Antal, hvor tid fra henvisning til operation er maks. 35 dage	
Esophaguskarcinom					
Aalborg	50 (1 - 99)	-	7	6	86 (42 - 100)
Århus	68 (43 - 87)	59 (33 - 82)	21	14	67 (43 - 85)
Odense	57 (18 - 90)	33 (1 - 91)	3	2	67 (9 - 99)
Rigshospitalet	58 (28 - 85)	86 (42 - 100)	14	8	57 (29 - 82)
I alt	57 (42 - 72)	59 (39 - 76)	45	30	67 (51 - 80)
Cardiakarcinom					
Aalborg	63 (24 - 91)	73 (39 - 94)	20	8	40 (19 - 64)
Århus	68 (49 - 83)	57 (41 - 72)	35	32	91 (77 - 98)
Odense	69 (48 - 86)	73 (50 - 89)	20	7	35 (15 - 59)
Rigshospitalet	31 (17 - 48)	33 (22 - 47)	71	8	11 (5 - 21)
I alt	48 (39 - 57)	48 (40 - 57)	146	55	38 (30 - 46)
Ventrikelkarcinom					
Aalborg	57 (18 - 90)	82 (48 - 98)	8	3	38 (9 - 76)
Århus	31 (9 - 61)	71 (42 - 92)	7	7	100 (59 - 100)
Odense	70 (47 - 87)	78 (40 - 97)	11	7	64 (31 - 89)
Rigshospitalet	85 (66 - 96)	62 (44 - 78)	44	21	48 (32 - 63)
I alt	64 (53 - 74)	63 (52 - 74)	70	38	54 (42 - 66)

* Patientforløb, hvorpå der ikke er operationsdato/henvisningsdato, og hvor operationsdato er angivet til dato før henvisningstidspunkt, er ekskluderet.

Kommentar

I alt blev mellem 38% og 67% af patienterne på landsplan opereret højst 35 dage efter henvisning. Andelen var højest blandt patienter med esophaguskarcinom (67%) og lavest blandt patienterne med cardia-

nom (38%). Sammenlignet med 2007 er der sket et fald i opfyldelsen af indikator 1 for cardia- og ventrikelkarcinom. For alle tre typer karcinomer ligger indikatorværdierne på landsplan væsentligt under den opstillede standard. Det skal dog nævnes, at der ikke er taget

højde for patienter, som først sendes til onkologisk behandling før operation.

Den relativt lave andel af patienter, som opereres hurtigt, har været et konsistent problem gennem hele den periode, DECV-databasen har eksisteret og monitoreret indikatoren. Problemet er ikke blevet løst i forbindelse med etablering af de nye regioner, og manglende bemanning og ressourcer kan være en del af forklaringen. De såkaldte kræftpakker er endnu ikke gennemført på området, men når disse bliver etableret, må ventetid til påbegyndelse af kurativ behandling ikke overstige 14 dage, hvorfor denne indikator fremover vil blive ændret i henhold til de nye behandlingsstandarder. I samarbejde med det onkologiske behandlingsteam bliver der etableret en kurativ intenderet behandlingsstrategi for patienterne, og mange patienter vil fremover påbegynde onkologisk behandling allerede før det kirurgiske indgreb.

Resultater på centerniveau

Frasat behandling af patienter med cardia- og ventrikelkarcinom på Århus Sygehus, opfylder ingen af centrene umiddelbart standarden. Dette gælder både for patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom. For Aalborg Sygehus's vedkommende er standarden på maks. 35 dage ikke anvendelig, da Aalborg Sygehus allerede i sidste halvdel af 2008 implementerede de nugældende nationale anbefalinger om neoadjuvant kemoterapi til cardia- og ventrikelkarcinom, hvilket indebærer, at patienterne skal have 3x21 dages kemoterapi og efterfølgende tre ugers rekonvalescens inden operation. Det skal endvidere bemærkes, at Rigshospitalet har haft en omfordeling af regionens patienter, idet Gentofte-centeret er lagt sammen med Rigshospitalet, og Odense har været plaget af store kapacitetsproblemer i første halvdel af 2008.

Det bemærkes, at den statistiske usikkerhed af indikatorværdierne er betydelig i de centeropdelte analyser. Dette medfører, at det i enkelte analyser ikke med statistisk sikkerhed kan udelukkes, at centrene opfylder standarden, selv om resultaterne tilsyneladende ligger langt under standarden.

7.2 Indikator 2: Komplikationer ved gastrektomier

For intenderet kurativt behandlede patienter, der har fået foretaget resektion i det angivne år, opgøres antal

patienter med anastomoseinsufficiens (under primært indlæggelsesforløb) efter total gastrektomi.

Standard: højst 5%

Tabel 11. Indikator 2.

Center	2006	2007	Antal relevante patientforløb	2008	Andel (%) (95% CI)
	Andel (%) (95% CI)	Andel (%) (95% CI)		Antal med forekomst af anastomoseinsufficiens	
Aalborg	33 (4 - 78)	0 (0 - 37)	5	0	0 (0 - 52)
Århus	0 (0 - 23)	7 (0 - 32)	13	0	0 (0 - 25)
Odense	0 (0 - 26)	10 (0 - 45)	12	0	0 (0 - 26)
Rigshospitalet	0 (0 - 41)	0 (0 - 31)	7	0	0 (0 - 41)
I alt	5 (1 - 15)	6 (1 - 17)	37	0	0 (0 - 9)

Kommentar

Ingen patienter fik anastomoseinsufficiens efter gastrektomi i 2008. Dette er en fortsættelse af den positive udvikling som er set siden etableringen af DECV-data-

basen. Indikatoren er som følge heraf opfyldt på både landsplan og centerniveau og er på højde med de allerbedste internationale resultater.

7.3 Indikator 3: Komplikationer ved torakoabdominale operationer

For intenderet kurativt behandlede patienter, der har fået foretaget resektion i det angivne år, opgøres antal

patienter med anastomoseinsufficiens efter torakoabdominal operation (resectio esophagi transthoracalis et resectio ventriculi et esophagogastrostomia).

Standard: højst 10%

Tabel 12. Indikator 3.

Center	2006	2007	Antal relevante patientforløb	2008	Andel (%) (95% CI)
	Andel (%) (95% CI)	Andel (%) (95% CI)		Antal med forekomst af anastomoseinsufficiens	
Aalborg	0 (0 - 34)	15 (2 - 45)	22	3	14 (3 - 35)
Århus	5 (1 - 16)	4 (0 - 14)	60	1	2 (0 - 9)
Odense	4 (0 - 20)	5 (0 - 23)	15	1	7 (0 - 32)
Rigshospitalet	4 (0 - 19)	10 (3 - 23)	64	3	5 (1 - 13)
I alt	8 (4 - 14)	7 (3 - 13)	161	8	5 (2 - 10)

Kommentar

I alt får 5% af patienterne anastomoseinsufficiens efter torakoabdominal operation. Dermed fortsætter den positive udvikling, som er observeret i tidligere årsrapporter. Sikkerheds-intervallet omfatter standarden, og på landsplan er kvalitetsstandarderne således opfyldt. Behandlingskvaliteten er dermed på linje med de bedste resultater i udlandet.

Resultater på centerniveau

Generelt er der også i resultaterne for denne indikator stor usikkerhed om de reelle indikatorværdier, hvilket skyldes de få patientforløb. Sikkerhedsintervallerne er således meget brede og omfatter for alle centres vedkommende standarden, hvorfor det ikke kan afvises, at standarden er opfyldt for alle centre.

Det skal bemærkes, at der i Odense er registreret færre patientforløb end på de andre centre. Dette kan hænge sammen med, at der i Odense ofte benyttes en anden operationsform (transhiatal operationsadgang), som ikke er inkluderet i ovenstående opgørelse. Der vil fremover blive lavet anastomoseinsufficiensopgørelser over samtlige operationstyper.

7.4 Indikator 4: 30-dages mortalitet

Nedenfor er opgjort antal patienter, som dør inden for 30 dage efter resektion i gruppen af patienter, der har

modtaget intenderet kurativ behandling og har fået foretaget resektion i det angivne år.

Standard: mindre end 10%

Tabel 13. Indikator 4.

Center	2006	2007	Antal relevante patientforløb	2008	Antal døde inden for 30 dage (95% CI)
	Andel døde inden for 30 dage (%) (95% CI)	Andel døde inden for 30 dage (%) (95% CI)		Antal døde inden for 30 dage	
Aalborg	17 (4 - 41)	4 (0 - 22)	31	2	6 (1 - 21)
Århus	3 (0 - 12)	4 (1 - 13)	75	2	3 (0 - 9)
Odense	4 (0 - 13)	0 (0 - 9)	34	1	3 (0 - 15)
Rigshospitalet	4 (0 - 14)	0 (0 - 6)	81	1	1 (0 - 7)
I alt	5 (2 - 9)	3 (1 - 6)	221	6	3 (1 - 6)

Kommentar

På landsplan er andelen af de intenderet kurativt behandlede patienter, der dør inden for 30 dage 3%. Kvalitetsstandarden er således fortsat opfyldt og mortaliteten fortsat fuldt på højde med de bedste internationale resultater.

Resultater på centerniveau

Indikatorværdierne varierer mellem 1% og 6%, og for alle centre er kvalitetsstandarden således opfyldt.

7.5 Indikator 5: Livskvalitet

For intenderet kurativt behandlede patienter med udfyldt follow-up skema opgøres hyppighed af bivirkninger til behandling i form af dysfagi (d.v.s. proble-

mer med indtagelse af fast, blød eller flydende føde eller problemer med blot at synke spyt).

Standard: mindre end 25%

Tabel 14. Indikator 5.

Center	2006	2007	Antal relevante patientforløb*	2008	Andel (%) (95% CI)
	Andel (%) (95% CI)	Andel (%) (95% CI)		Antal med synkebesvær	
Esophaguskarinon					
Aalborg	-	-	5	3	60 (15 - 95)
Århus	50 (26 - 74)	9 (0 - 41)	7	2	29 (4 - 71)
Odense	17 (2 - 48)	50 (16 - 84)	2	0	0 (0 - 84)
Rigshospitalet	0 (0 - 98)	0 (0 - 98)	0	0	-
I alt	35 (19 - 55)	25 (9 - 49)	14	5	36 (13 - 65)
Cardiakarionom					
Aalborg	25 (3 - 65)	9 (0 - 41)	11	0	0 (0 - 28)
Århus	10 (2 - 27)	17 (7 - 34)	15	4	27 (8 - 55)
Odense	24 (9 - 45)	29 (11 - 52)	15	2	13 (2 - 40)
Rigshospitalet	0 (0 - 84)	0 (0 - 84)	1	1	100 (3 - 100)
I alt	17 (9 - 28)	19 (10 - 30)	42	7	17 (7 - 31)
Ventrikelkarionom					
Aalborg	25 (3 - 65)	22 (3 - 60)	8	1	13 (0 - 53)
Århus	60 (26 - 88)	33 (7 - 70)	2	0	0 (0 - 84)
Odense	22 (6 - 48)	0 (0 - 34)	8	0	0 (0 - 37)
Rigshospitalet	-	-	1	0	0 (0 - 98)
I alt	32 (18 - 50)	21 (8 - 40)	19	1	5 (0 - 26)

* Patientforløb uden oplysninger om bivirkninger, er ekskluderet.

Kommentar

For kun 26,7% af patienterne er der i 2008 registreret et follow-up skema i DECV-databasen, og datagrundlaget er derfor meget spinkelt. I alt oplevede 5-36% af patienterne med esophagus-, cardia- eller ventrikelkarionom, hvor der var udfyldt et follow-up skema, bivirkninger til behandlingen i form af dysfagi. Dette er stort set uændret for esophagus- og cardia- og ventrikelkarionom i forhold til sidste opgørelsesperiode, mens der for ventrikelkarionom er tale om et fald. Som følge af den statistiske usikkerhed kan det ikke afvises, at kvalitets-

standarden på landsplan er opfyldt for alle tre typer af karionomer.

Follow-up skemaerne udgår af databasen næste år.

Resultater på centerniveau

Der noteres variation centrene imellem, men også meget brede sikkerhedsintervaller omkring indikatorværdierne, og resultaterne er således behæftede med stor usikkerhed. På denne baggrund kan det ikke afvises, at alle centre opfylder kvalitetsstandard.

7.6 Indikator 6: 5-års overlevelse

For intenderet kurativt behandlede patienter, der har fået foretaget resektion, opgøres fem-års-overlevelsen

for de tre karcinomtyper (esophagus, cardia og ventrikel) og på centerniveau.

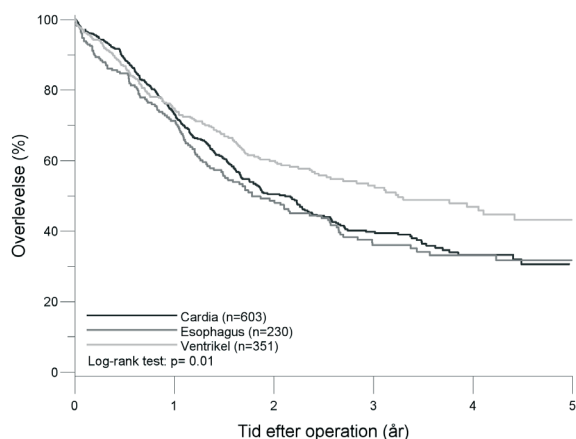
Standard: over 30%

Tabel 15. 5-års overlevelse hos intenderet kurativt behandlede patienter som har fået foretaget resektion - fordelt på karcinomtype og center.

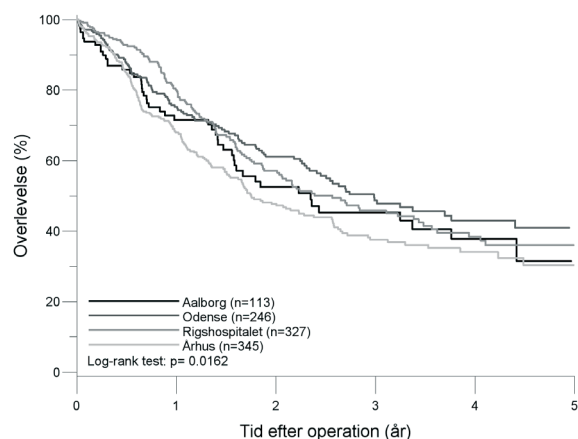
Patientgruppe	5-års overlevelse (%) (95% CI)
Total (n=1184)	35 (31 - 39)
Cardia (n=603)	31 (25 - 37)
Esophagus (n=230)	32 (24 - 39)
Ventrikel (n=351)	43 (36 - 50)
Aalborg (n=113)	31 (17 - 47)
Århus (n=345)	30 (23 - 38)
Odense (n=246)	41 (32 - 49)
Rigshospitalet (n=327)	36 (28 - 44)

DECV-databasen har eksisteret i 5½ år og det er derfor muligt at lave 5-års overlevelseskurver, som vises i figur 1 (fordelt på karcinomtyper) og figur 2 (fordelt på centerniveau).

Figur 1. Overlevelseskurver for esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom.



Figur 2. Overlevelseskurver fordelt på center.



Kommentar

Overlevelseskurverne understreger, at esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom er tilstande, som er forbundet med en alvorlig prognose. 5-års overlevelsen varierer fra 31% for patienter med cardiakarcinom til 43% for patienter med ventrikelkarcinom. Standarden synes opfyldt for patienterne.

Resultater på centerniveau

For overlevelsesforløbene vist i figur 2 er der en statistisk signifikant variation mellem centrene, men det skal understreges, at der ikke synes at være stor forskel mellem centrene, når man betragter 5-års overlevelsen og de tilhørende 95% sikkerhedsintervaller (tabel 15).

7.7 Indikator 7: Henvisningsmønstre

Andelen af patienter i et givet geografisk område, der visiteres til vurdering på center med landsdelsfunktion i forhold til det totale antal diagnosticerede patienter i

regionen (vurderet ud fra indberetninger til Patologi-registeret).

Standard: mindst 90%

Tabel 16. Indikator 7.

Region	2006	2007	2008		Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)
	Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)	Andel (%), som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal relevante patientforløb	Antal patienter, der henvises til center med landsdelsfunktion	
Hovedstaden og Sjælland*	71 (67 - 75)	74 (70 - 78)	471	334	71 (67 - 75)
Syddanmark**	71 (64 - 77)	67 (60 - 74)	225	165	73 (67 - 79)
Midtjylland***	75 (68 - 82)	71 (64 - 77)	211	147	70 (63 - 76)
Nordjylland****	83 (74 - 90)	87 (79 - 93)	115	101	88 (80 - 93)
Hele landet	73 (70 - 76)	73 (70 - 76)	1022	747	73 (70 - 76)

* Patienter i Patologiregisteret med registrering af rekvirerende afdeling (eller patologisk afdeling) i Region Hovedstaden og Region Sjælland,

** Patienter i Patologiregisteret med registrering af rekvirerende afdeling (eller patologisk afdeling) i Region Syddanmark.,

*** Patienter i Patologiregisteret med registrering med rekvirerende afdeling (eller patologisk afdeling) i Region Midtjylland og

**** Patienter i Patologiregisteret med registrering med rekvirerende afdeling (eller patologisk afdeling) i Region Nordjylland.

Kommentar

På landsplan henvises 73% af patienterne til centre med landsdelsfunktion, hvilket er betydeligt under den fastsatte kvalitetsstandard. I forhold til den seneste opgørelsesperiode er der ikke sket nogen forbedring i den andel af patienter, der henvises til et af landets fire centre. For de fire geografiske områder i Danmark Region Hovedstaden og Region Sjælland (samlet), Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland ligger indikatorværdierne konsistent under 90% for andelen af henviste patienter til centre med landsdelsfunktion. Hverken på landsplan eller for de fire geografiske områder er kvalitetsstandarderne opfyldt.

Resultaterne understreger, at mange patienter fortsat ikke visiteres til et center med landsdelsfunktion. Dette mønster har været uændret gennem hele den periode, hvor DECV-databasen har eksisteret, hvilket er utilfredsstillende. Tabellen illustrerer således nødvendigheden af at indskærpe over for de behandlende afdelinger uden for centrene, at de pågældende patienter skal visiteres til centre med landsdelsfunktion.

7.8 Indikator 8: Antal fjernede lymfeknuder ved operative indgreb

For patienter, der har fået foretaget intenderet kurativ behandling, og som i det angivne år har fået de tre hyppigste former for resektion (gastrektomi, resectio

ventriculi cum gastrojejunostomia og transtorakal resektion) opgøres antal patienter, som har fået fjernet mindst 15 lymfeknuder.

Standard: mindst 80%.

Tabel 17. Indikator 8.

Center	2006	2007	Antal relevante patientforløb	2008	Andel som opfylder indikatoren (%) (95% CI)
	Andel som opfylder indikatoren (%) (95% CI)	Andel som opfylder indikatoren (%) (95% CI)		Antal med mindst 15 lymfeknuder fjernet	
Aalborg	89 (65 - 99)	87 (66 - 97)	31	27	87 (70 - 96)
Århus	75 (62 - 86)	89 (79 - 96)	73	63	86 (76 - 93)
Odense	56 (41 - 70)	76 (59 - 89)	31	22	71 (52 - 86)
Rigshospitalet	43 (29 - 58)	72 (59 - 82)	81	53	65 (54 - 76)
I alt	62 (55 - 69)	79 (73 - 85)	216	165	76 (70 - 82)

Kommentar

For de tre karcinomtyper undersøges i 76% af tilfældene mindst 15 lymfeknuder ved tumor resektion. Det skal for denne indikator bemærkes, at sikkerhedsintervallerne omfatter standarden på 80%, og det kan således ikke med sikkerhed konkluderes, at standarden ikke er opfyldt. Der skal dog gøres opmærksom på, at indikatoren fraset stagnationen i 2008 har fulgt en særdeles positiv udvikling, siden etableringen af DECV-databasen.

Resultater på centerniveau

Der noteres nogen variation af indikatorværdierne centrene imellem, fra 65% til 87%, men der er nogen usikkerhed forbundet med de noget brede 95% sikkerhedsintervaller.

I Odense og på Rigshospitalet har der været kapacitetsproblemer, hvorfor indikatoren er forringet i forhold til tidligere opgørelser, men da indikatorværdien indgår i sikkerhedsintervallet for alle centrene, kan det ikke udelukkes, at indikatorstandarden er opfyldt.

8. Status for nydiagnosticerede esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinomer

8.1 Patientkarakteristika

I alt blev 706 patienter inkluderet i databasen i 2008. Der blev observeret en uændret gennemsnitsalder i forhold til tidligere (66 år for esophaguskarzinom, 68 år for cardiakarzinom og 69 år for ventrikelkarzinom),

og aldersfordelingen mellem mænd (68 år) og kvinder (67 år) er ligeledes uændret.

I tabel 18 ses hvorledes de forskellige karzinomtyper fordeler sig på de enkelte centre.

Tabel 18. Fordelingen af antal patienter diagnosticeret med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinomer på de fire centre i 2008.

	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Esophagus	23	21,3	42	33,1	40	25,6	99	31,4	204	28,9
Cardia	54	50,0	60	47,2	65	41,7	145	46,0	324	45,9
Ventrikel	31	28,7	25	19,7	51	32,7	71	22,5	178	25,2
I alt	108	100,0	127	100,0	156	100,0	315	100,0	706	100,0

Kommentar

Patienter diagnosticeret med cardiakarzinom udgør den største andel på alle fire centre.

8.2 Behandlingstype

Tabel 19. Fordelingen af patienternes behandlingstype (intenderet kurativ, palliativ behandling eller ingen behandling) på de fire centre, 2008.

Behandlingstype	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt Antal	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
Esophaguskarzinom										
Intenderet kurativ behandling	7	30,4	23	54,8	10	25,0	30	30,3	70	
Palliativ behandling	15	65,2	18	42,9	29	72,5	66	66,7	128	
Ingen behandling	1	4,3	1	2,4	1	2,5	3	3,0	6	
I alt	23	100,0	42	100,0	40	100,0	99	100,0	204	
Cardiakarzinom										
Intenderet kurativ behandling	20	37,0	35	58,3	22	33,8	81	55,9	158	
Palliativ behandling	27	50,0	22	36,7	38	58,5	55	37,9	142	
Ingen behandling	7	13,0	3	5,0	5	7,7	9	6,2	24	
I alt	54	100,0	60	100,0	65	100,0	145	100,0	324	

Tabel 19. Fordelingen af patienternes behandlingstype (intenderet kurativ, palliativ eller ingen behandling) fordelt på de fire centre, 2008 (fortsat).

Behandlingstype	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Ventrikelkarcinom									
Intenderet kurativ behandling	9	29,0	7	28,0	12	23,5	44	62,0	72
Palliativ behandling	14	45,2	8	32,0	25	49,0	18	25,4	65
Ingen behandling	8	25,8	10	40,0	14	27,5	9	12,7	41
I alt	31	100,0	25	100,0	51	100,0	71	100,0	178

Kommentar

Der ses en vis variation i registreringen af behandlingstyper mellem de 4 centre. Det kan afspejle variation i lokal registreringspraksis vedrørende palliativ behandling og ingen behandling. I fremtidige rapporter vil betegnelsen "ingen behandling" udgå.

Der ses endvidere variation i anvendelsen af intenderet kurativ behandling og palliativ behandling for

patienter med cardiakarcinom. Aalborg og Odense tilbyder langt flere patienter palliativ behandling i forhold til intenderet kurativ behandling, hvorimod Rigshospitalet tilbyder flere patienter intenderet kurativ behandling end palliativ behandling. Dette kan skyldes regionale variationer i evalueringen af patienterne eller forskelle i patienternes egnethed til behandling.

8.3 Histologiske typer

Tabel 20. Fordeling af histologiske typer for esophaguskarcinomer.

Esophaguskarcinom Histologisk type	2003/2004		2005		2006		2007		2008		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Planocellulært karcinom	235	62,5	142	81,6	182	87,5	157	89,2	191	93,6	907
Verrukøst (planocel) karcinom	2	0,5	1	0,6	1	0,5	1	0,6	0	0	5
Basaloid karcinom	1	0,3	0	0	0	0	1	0,6	2	1,0	4
Spindle cell (planocel) karcinom	0	0	1	0,6	0	0	0	0	1	0,5	2
Adenokarcinom	105	27,9	16	9,2	15	7,2	8	4,5	1	0,5	145
Mukoepidermoidt karcinom	1	0,3	3	1,7	0	0	1	0,6	3	1,5	8
Småcellet karcinom	1	0,3	0	0	0	0	2	1,1	1	0,5	4
Udifferenteret karcinom	9	2,4	0	0	3	1,4	3	1,7	2	1,0	17
Andre	17	4,5	10	5,7	7	3,4	3	1,7	3	1,5	40
Uoplyst	5	1,3	1	0,6	0	0	0	0	0	0	6
I alt	376	100,0	174	100,0	208	100,0	176	100,0	204	100,0	1138

Kommentar

Den store forskel i antallet af esophaguskarcinomer af typen adenokarcinom fra 2003/2004 til 2005 skyldes ændring i registreringspraksis.

Tabel 21. Fordeling af histologiske typer for cardiakarcinom type I, II og III.

Cardiakarcinomtype I, II og III. Histologisk type	2003/2004		2005		2006		2007		2008		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Adenokarcinom - intestinal type	16	4,0	13	4,2	12	3,7	15	4,2	9	2,8	65
Adenokarcinom - diffus type	19	4,8	9	2,9	12	3,7	5	1,4	13	4,0	58
Papillifert adenokarcinom	2	0,5	3	1,0	2	0,6	3	0,8	6	1,9	16
Tubulært adenokarcinom	11	2,8	14	4,5	10	3,1	4	1,1	14	4,3	53
Mucinøst adenokarcinom	9	2,3	10	3,2	3	0,9	14	4,0	8	2,5	44
Signetringcellekarcinom	22	5,6	13	4,2	6	1,9	21	5,9	17	5,2	79
Adenoskvamøst karcinom	2	0,5	2	0,6	4	1,2	4	1,1	3	0,9	15
Planocellulært karcinom	11	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Småcellet karcinom	2	0,5	3	1,0	1	0,3	0	0	0	0	6
Udifferenteret karcinom	3	0,8	2	0,6	1	0,3	12	3,4	6	1,9	24
Adenokarcinom - nos	289	73,0	228	73,1	262	81,4	265	75,1	240	74,1	1284
Andre	9	2,3	11	3,5	8	2,5	10	2,8	7	2,2	45
Uoplyst	1	0,3	4	1,3	1	0,3	0	0	1	0,3	7
I alt	396	100,0	312	100,0	322	100,0	353	100,0	324	100,0	1707

Kommentar

Forekomsten af planocellulært karcinom er fra 2003/2004 til 2005 ændret væsentligt, hvilket skyldes ændring i registreringspraksis.

Tabel 22. Fordeling af histologiske typer for ventrikelkarcinomer.

Ventrikelkarcinom Histologisk type	2003/2004		2005		2006		2007		2008		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Adenokarcinom - intestinal type	22	7,9	11	8,1	14	7,0	8	4,6	4	2,2	59
Adenokarcinom - diffus type	44	15,7	19	14,1	19	9,5	18	10,4	24	13,5	124
Papillifert adenokarcinom	3	1,1	1	0,7	2	1,0	1	0,6	2	1,1	9
Tubulært adenokarcinom	14	5,0	2	1,5	9	4,5	6	3,5	4	2,2	35
Mucinøst adenokarcinom	6	2,1	1	0,7	4	2,0	0	0	6	3,4	17
Signetringcellekarcinom	46	16,4	24	17,8	38	19,1	40	23,1	31	17,4	179
Adenoskvamøst karcinom	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6	1

Tabel 22. Fordeling af histologiske typer for ventrikelkarcinomer (fortsat).

Ventrikelkarcinom Histologisk type	2003/2004		2005		2006		2007		2008		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Udifferentieret karcinom	1	0,4	1	0,7	2	1,0	2	1,2	4	2,2	10
Adenokarcinom - nos	128	45,7	73	54,1	107	53,8	95	54,9	95	53,4	498
Andre	9	3,2	3	2,2	3	1,5	2	1,2	7	3,9	24
Uoplyst	7	2,5	0	0	1	0,5	1	0,6	0	0	9
I alt	280	100,0	135	100,0	199	100,0	173	100,0	178	100,0	965

8.7 ASA-klassifikation

Tabel 23. ASA-score for patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom på centerniveau og samlet for databasen for 2008.

ASA-score	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt Antal		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%			
Esophaguskarcinom											
I Ingen kendt kronisk sygdom			1	4,3	1	2,4	2	5,0	8	8,1	12
II God AT, ingen medicinering for kronisk sygdom			5	21,7	28	66,7	13	32,5	40	40,4	86
III Moderat AT, let kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom			13	56,5	13	31,0	16	40,0	30	30,3	72
IV Dårlig AT, svært kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom			2	8,7	0	0	4	10,0	18	18,2	24
V Uhelbredelig sygdom			1	4,3	0	0	0	0	2	2,0	3
Uoplyst			1	4,3	0	0	5	12,5	1	1,0	7
I alt			23	100,0	42	100,0	40	100,0	99	100,0	204
Cardiakarcinom											
I Ingen kendt kronisk sygdom			9	16,7	7	11,7	6	9,2	3	2,1	25
II God AT, ingen medicinering for kronisk sygdom			14	25,9	34	56,7	29	44,6	77	53,1	154
III Moderat AT, let kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom			21	38,9	18	30,0	22	33,8	44	30,3	105
IV Dårlig AT, svært kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom			8	14,8	1	1,7	7	10,8	12	8,3	28

Tabel 23. ASA-score for patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom på centerniveau og samlet for databasen for 2008 (fortsat).

ASA-score	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Uoplyst	2	3,7	0	0	1	1,5	9	6,2	12
I alt	54	100,0	60	100,0	65	100,0	145	100,0	324
Ventrikelkarcinom									
I Ingen kendt kronisk sygdom	1	3,2	1	4,0	5	9,8	3	4,2	10
II God AT, ingen medicinering for kronisk sygdom	11	35,5	12	48,0	20	39,2	40	56,3	83
III Moderat AT, let kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom	13	41,9	9	36,0	15	29,4	16	22,5	53
IV Dårlig AT, svært kontrollabel/ behandlelig kronisk sygdom	5	16,1	3	12,0	6	11,8	7	9,9	21
V Uhelbredelig sygdom	0	0	0	0	0	0	1	1,4	1
Uoplyst	1	3,2	0	0	5	9,8	4	5,6	10
I alt	31	100,0	25	100,0	51	100,0	71	100,0	178

9. Status for opererede patienter

Da tabellerne i dette kapitel er opgjort på patienter reseceret i 2008 (i modsætning til diagnosticeret i 2008) er de ikke direkte sammenlignelige med de tilsvarende tabeller i de tidligere årsrapporter.

9.1 Patientkarakteristika for patienter som har fået foretaget resektion i 2008

Der er i 2008 reseceret i alt 225 patienter (intenderet kurativt behandlede) på de fire centre. Af disse er to diagnosticeret (første positive biopsi) tilbage i 2006 og 28 er diagnosticeret i 2007. I tabel 24 ses fordelingen af patienter på center og karcinomtype.

Tabel 24. Fordelingen af antal patienter reseceret (intenderet kurativt) i 2008.

	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Esophagus	6	18.8	23	30.7	3	8.6	9	10.8	41	18.2
Cardia	17	53.1	42	56.0	20	57.1	57	68.7	136	60.4
Ventrikel	9	28.1	10	13.3	12	34.3	17	20.5	48	21.3
I alt	32	100.0	75	100.0	35	100.0	83	100.0	225	100.0

9.2 Stadienddeling svarende til postoperativ TNM-klassifikation

Stadienddeling jævnfør postoperativ TNM-klassifikation hos intenderet kurativt behandlede patienter, der har fået foretaget resektion i 2008, ses i tabel 25.

Tabel 25. Stadienddeling jævnfør postoperativ TNM-klassifikation hos intenderet kurativt behandlede patienter reseceret i 2008.

Opdelt i patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom.

Stadienddeling	Esophagus-karcinom		Cardia-karcinom, type I		Cardia, karcinom, type II og III		Ventrikel-karcinom,	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stadie 0	0	0	0	0	0	0	1	2,1
Stadie 1	3	7,3	6	24,0	20	18,0	14	29,2
Stadie 2	18	43,9	6	24,0	38	34,2	10	20,8
Stadie 3	16	39,0	12	48,0	22	19,8	9	18,8
Stadie 4	1	2,4	0	0	17	15,3	9	18,8
Ej fuldt oplyste T,N,M	0	0	0	0	1	0,9	0	0
Udenfor klassifikation	3	7,3	1	4,0	13	11,7	5	10,4
I alt	41	100,0	25	100,0	111	100,0	48	100,0

For relationen mellem TNM-klassifikation og stadielinndeling er der anvendt følgende liste:

For esophaguskarcinomer og cardia- og ventrikelkarcinomer type I:

Stadie 0:	Tis, N0, og M0
Stadie I:	T1, N0, og M0
Stadie II:	T2/T3 og N0 og M0, eller T1/T2, N1 og M0
Stadie III:	T3, N1 og M0, eller T4, enhver form for N og M0
Stadie IV:	Enhver form for T og N, og M1, eller enhver form for T og N, og M1a eller enhver form for T og N, og M1b

For cardia- og ventrikelkarcinomer type II og III og ventrikelkarcinom:

Stadie 0:	Tis, N0, og M0
Stadie I:	T1, N0, og M0, eller T1, N1 og M0, eller T2a/b, N0 og M0
Stadie II:	T1, N2 og M0, eller T2a/b, N1 og M0, eller T3, N0 og M0
Stadie III:	T2a/b, N2 og M0, eller T3, N1 og M0, eller T4, N0 og M0, eller T3, N2 og M0
Stadie IV:	T4, N1/N2/N3 og M0, eller T1/T2/T3, N3 og M0, eller enhver form for T og N, og M1

9.3 Postoperative komplikationer

Samlet for de tre karcinomtyper anføres forekomsten af lækagetyper registreret i 2008 for de patienter, som har fået intenderet kurativ behandling og foretaget resektion (n=225).

Tabel 26. Lækage efter resektion, 2008.

Lækagetype	Aalborg		Århus		Odense		Rigshospitalet		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen lækage	28	87,5	72	96,0	34	97,1	80	96,4	214	95,1
Duodenum	0	0	1	1,3	0	0	0	0	1	0,4
Anden lækage, type uoplyst	1	3,1	0	0	0	0	0	0	1	0,4
Anastomoselækage	3	9,4	2	2,7	1	2,9	3	3,6	9	4,0
I alt	32	100,0	75	100,0	35	100,0	83	100,0	225	100,0

9.4 Fjernede lymfeknuder

Antal fjernede lymfeknuder anføres hos patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom, som har fået intenderet kurativ behandling, og som har fået foretaget én af de tre hyppigste former for resektion (n=216).

Tabel 27. Antal fjernede lymfeknuder pr. reseceret patient, 2008.

	Gastrektomi*				Resectio ventriculi cum gastrojejunostomia				Transtorakal resektion**			
	Antal patienter	Mean	Min	Max	Antal patienter	Mean	Min	Max	Antal patienter	Mean	Min	Max
Aalborg	5	27	20	45	4	17	12	24	22	32	9	88
Århus	13	24	3	44	0	0	0	0	60	24	5	78
Odense	12	21	10	37	4	16	11	21	15	18	0	40
Rigshospitalet	7	27	16	52	10	14	1	41	64	24	4	78
I alt	37	24	3	52	18	15	1	41	161	24	0	88

* Gastrectomia et esophagojejunostomia,

** Resectio esophagi transthoracalis et resectio ventriculi et esophagogastrostomia

10. Vigtigste konklusioner og anbefalinger

På baggrund af tre procesindikatorer og fem resultatindikatorer skal denne rapport søge at belyse om:

- Kvaliteten af den danske behandling af patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom opfylder de fastlagte standarder
- Der er klinisk betydningsfuld variation i kvaliteten af behandlingen mellem de centre, som varetager behandlingen i Danmark.

DECV-databasen har ved udgangen af 2008 været i drift i 5½ år. Der er i denne periode registreret over 3800 patientforløb i databasen, hvilket udgør en enestående datakilde til at belyse udviklingen i kvaliteten af diagnostik og behandling af patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom i Danmark. I 2008 er der registreret 706 patientforløb. Indrapporteringen af data fra landets fire centre har generelt en høj complethedegrad. Ved samkøring af data med Patologiregisteret er det synliggjort, at mange afdelinger på centralsygehusniveau, som forventet, diagnosticerer karcinomer. Kirurgisk behandling foregår dog udelukkende på de fire centre, som indrapporterer til DECV-databasen. Styregruppen vurderer på denne baggrund, at DECV-databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats på en række væsentlige områder hos patienter med esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom, samt at de resultater, som opnås i Danmark, for den største dels vedkommende er fuldt på højde med de bedste internationale resultater.

10.1 Særlige opmærksomhedsområder (ikke-opfyldte standarder)

Patientforløb

Årsagen til, at indikatorstandarder vedrørende patientforløb ikke er opfyldt, kan tilskrives flere faktorer: 1) mangel på operationslejer og anæstesikapacitet, 2) ventetid på diagnostiske undersøgelser eller 3) en kombination af disse. For nogle centre er mangel på operationslejer og anæstesikapacitet det væsentligste problem.

Styregruppen opfordrer til, at der fortsat er stor fokus på denne standard. I fremtiden vil kræftpakkerne sikre en opstart af behandling inden for 14 dage, og dette vil kunne aflæses i fremtidige årsrapporter. Styregruppens har store forventninger til effekten af den nye behandlingsstrategi, herunder forhåbning om, at der vil følge øgede ressourcer med en sådan ændring i behandlingsstrategien.

Henvisningsmønstre

For ingen af de undersøgte regioner blev indikatoren opfyldt. Dette tyder på, at en betydelig del af patienterne ikke viderevisiteres til et center med landsdelsfunktion. Jævnfør Sundhedsstyrelsens retningslinjer bør patienterne sendes til centre med landsdelsfunktion både med udrednings- og behandlingsmæssigt sigte. Det kan dog ikke ud fra de eksisterende data udelukkes, at et antal patienter ikke er viderevisiteret pga. betydelig fremskreden sygdom eller svære komorbide tilstande, hvorved man har vurderet, at patienterne behandles tilstrækkeligt på en lokal afdeling.

Databasens styregruppe opfordrer fortsat kraftigt forvaltninger og afdelinger uden for de fire centre til at sikre, at patienterne i videst muligt omfang henvises efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Antal fjernede lymfeknuder

I forbindelse med intenderet kurativ operativ behandling foretages en omfattende fjernelse af lymfeknuder. Denne del af operationen foretages for at opnå en korrekt TNM-klassifikation for den enkelte patient. Det er afgørende, at de fjernede lymfeknuder undersøges af specielt uddannede patologer, og at alle fjernede lymfeknuder undersøges. Desuden tyder resultater i den internationale litteratur på, at antallet af fjernede lymfeknuder er en selvstændig prognostisk faktor for overlevelsen.

Der er sket en betydelig kvalitetsforbedring på dette område både på landsplan og på de enkelte centre gennem årene, omend standarden desværre ikke helt var opfyldt i 2008. På nogle centre har der været svære kapacitetsproblemer, bl.a. i form af mangel på patologer, hvilket kan have været medvirkende til den stagnerede udvikling af indikatoren i 2008. Dette område vil fortsat være et særligt indsatsområde for DECV-databasen.

10.2 Øvrige resultater

5-års overlevelse

Det har i år været muligt at opgøre og udarbejde kurver for 5-års overlevelse. 5-års overlevelsen varierer afhængig af karcinomtype, men standarden (5-års overlevelse > 30%) synes opfyldt for alle patientgrupperne. Der synes ikke at være stor forskel i overlevelsen centrene imellem. Disse opgørelser understreger, at esophagus-, cardia- og ventrikelkarcinom er tilstande, som er forbundet med en alvorlig prognose. Derfor er

det vigtigt, at der fortsat arbejdes målrettet med denne patientgruppe, dels med at få henvist patienterne til de behandlende centre og med at få tilført ressourcer, så de nye behandlingsstrategier kan overholdes.

Valg af behandling

I år har styregruppen valgt at vise opgørelser over patienter, der har fået foretaget resektion (intenderet kurativt behandlede) og ikke kun lave opgørelser af patienterne ud fra positiv diagnosticeret biopsidata. Dette er gjort for at give et mere korrekt billede af den udførte operative behandling af de intenderet kurativt behandlede patienter.

Andelen af patienter med esophagus- og cardiakaratom, som ikke modtager behandling, har været faldende i 2008 sammenlignet med tidligere år. I forbindelse med indførelse af nye behandlingsstrategier (f.eks. neoadjuverende behandling præ-operativt) vil betegnelsen "ingen behandling" udgå, idet den giver indtryk af, at der er patienter, som slet ikke modtager et tilbud fra sundhedsvæsenet, hvilket er misvisende.

Regionale forskelle i de fire centres behandlingsregimer

Forskellene i de fire centres procentvise andel af intenderet kurativt behandlede patienter kan blandt andet have følgende mulige forklaringer:

- 1) Manglende henvisning af patienter kan give en falsk skæv fordeling, idet manglende henvisning og hermed indberetning af eksempelvis palliativt behandlede patienter vil give en falsk øget procentandel af kurativt behandlede patienter og omvendt.
- 2) Manglende påvisning af metastaser i udredningsfasen kan betyde, at patienten opereres med kurativt sigte og derfor også registreres som sådan. Denne effekt vil kunne synliggøres, når mængden af data tillader analyser af langtidsoverlevelsen, hvor der samtidig i de justerede analyser kan tages højde for confoundere som postoperativ stadieklassifikation.
- 3) Reelle regionale forskelle i tumorstadiet på henvisningstidspunktet eller regionale forskelle i vurdering af patienternes egnethed til intenderet kurativt indgreb. Sådanne regionale registreringsforskelle kan forklare de forskelle i ASA-score, som er angivet i tabel 23.

Styregruppen for DECV-databasen, 2009