

Årsrapport 2025
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Årsrapporten 2025

Årsrapporten 2025 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, professor Kristine Bjørndal samt formand for Styregruppen og overordnet ansvarlig for databasen, professor Jens Overgaard.

Kontaktperson, DAHANCA:

Jesper Grau Eriksen
DAHANCA sekretariatet, C108
Aarhus Universitetshospital
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	7
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	9
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	32
Oversigt over indikatorer	34
Styregruppens medlemmer 2025	36
Regionale kommentarer	38

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 15. årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til SundK.

Den overordnede konklusion på 2025-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 samt recidiv og helt specifikt på skjoldbruskkirtelkræft.

Overordnet set har DAHANCA-databasen en stor grad af komplethed, og data valideres løbende, hvor bl.a. fejlintastninger rettes. Dette er muligt, fordi databasen overvåges af og håndholdes af klinikere på de onkologiske centre.

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi beriger i højere grad 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.

- Årsrapporten har de sidste par år været 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. Styregruppen har besluttet at sætte fokus på, at der også er stor forskel på de klassiske hoved-halskræft subtyper og den proces er startet med denne årsrapport (HHC16-1). Detaljegraden, fremover, kommer også til at blive en balance, for at sikre, at rapporten ikke bliver for omfangsrig.
- Årsrapporten for 2024 afslørede store mangler i registrering af skjoldbruskkirtelkræft. Det er der nu i en vis grad rettet op på i 2025-rapporten, men der er stadig plads til forbedring.

- Andelen af patienter med opfølgning efter 1, 3 og 5 år var en ny parameter fra 2020. Tilfredsstillende afrapportering af indikatoren har vist sig at være en udfordring. I år har vi derfor valgt ikke at afrapportere indikatoren, da dækningsgraden er så lille, at det ikke giver meningsfulde data at præsentere.

Med Sundhedsreformen, som træder i kraft i 2027, kommer der til at ske store strukturelle ændringer på kræftopfølgningsområdet. Mange hospitaler og regioner har allerede taget hul på dette og reduceret opfølgningerne betragteligt, eller omlagt dem til anden praksis. Som følge af dette er registreringerne af opfølgning i DAHANCA yderligere under pres og i 2025 mere mangelfulde end vanligt. Styregruppen for kvalitetsdatabasen, DAHANCA, vil i det kommende år gentænke, hvordan der sikres opfølgning af patienterne. Dette er vigtigt for både monitorering af bivirkninger som følge af nye tiltag og opsporing af recidiver.

- Det er glædeligt at forløbstiderne umiddelbart kan holdes på et acceptabelt niveau. Det er dog et område, der kræver konstant fokus. Med Kræftplan V bliver der indført differentierede kræftpakkeforløb, som også vil kræve en anden afrapportering for fremtiden.

Fokusområder

- Vi er – også efter opfordring fra DMCG-samling foråret 2024 – ved at give vores kvalitetsparametre et serviceeftersyn. Dette arbejde vil fortsætte i 2026, specielt i forhold til opfølgning, morbiditet og recidivopsporing.
- Der vil være fortsat opmærksomhed på at holde forløbstiderne nede. Dette er et konstant fokuspunkt, såvel lokalt som i DAHANCA's styregruppe.
- Der er for styregruppen fortsat stor fokus på, at få data for skjoldbruskkirtelkræft så komplette som muligt
- 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 ligeledes være opmærksomhed på hvordan opfølgning bedst registreres fremover for at sikre gode data på senmorbidity og recidiv.
- Vi har haft som mål at gøre data lettere tilgængelig for SundK og Regionerne. Der er til denne årsrapport udarbejdet nye og mere enkle udgaver af datasættet, som vi sammen med SundK vil evaluere og justere det kommende år til gavn for alle brugere.

Som vanligt er alle tal der involverer 3 patienter eller færre blændet af, for at sikre anonymiteten.

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 2025
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 %	94% (2025-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 %	79% (2025-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 %	99%
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA/DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	99%/<54%
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 %	62% (strålebeh.) og 81% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %	95%
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,4%
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>90 % *	89%/96%
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år DAHANCA/DATHYRCA	Resultat	>75 % *	(2023-kohorten) 75%/92%
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 % *	94%/99%

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 % *	(2023-kohorten) 87%/99%
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 % *	92% /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 % *	(2023-kohorten) 83%/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%	Ikke afrapporteret
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	**	30% / 14%
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	**	5% / 5%
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%	73%
HHC21	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	88%

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

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

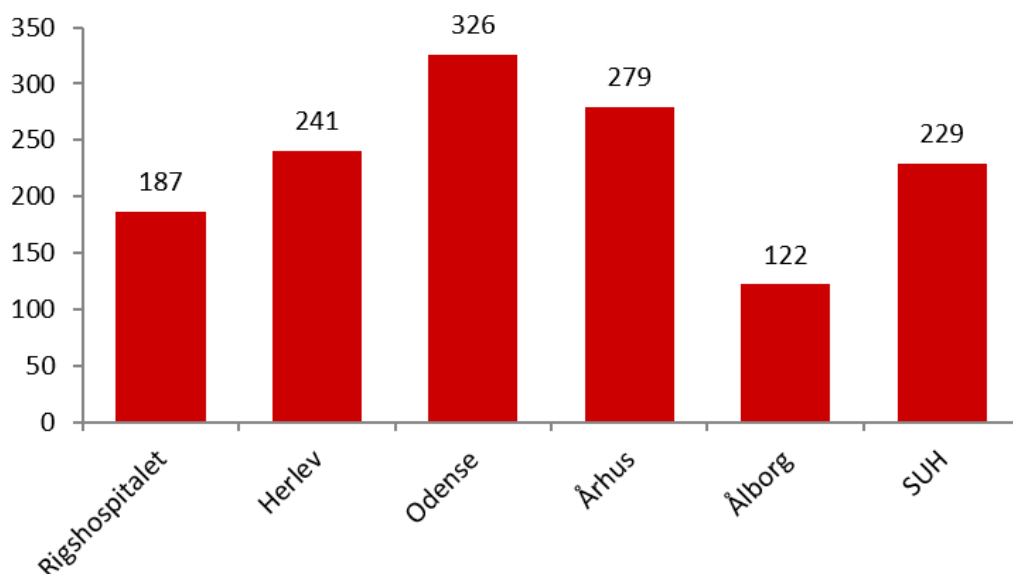
Uddybning af de enkelte indikatorresultater

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

DAHANCA har for 2025 registreret 1.384 patienter; hvilket er 97 flere patienter i forhold til 2024. Det er første gang siden 2021, hvor der registres et stigende antal patienter.

Data for 2025-kohorten er tilgængelig i Cancerregisteret. En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA for år 2025 viser **71 (5%) patienter som er i DAHANCA, men ikke i Cancerregisteret**. Der er omvendt **81 personer (6%) 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 2025-kohorten mellem de enkelte centre.



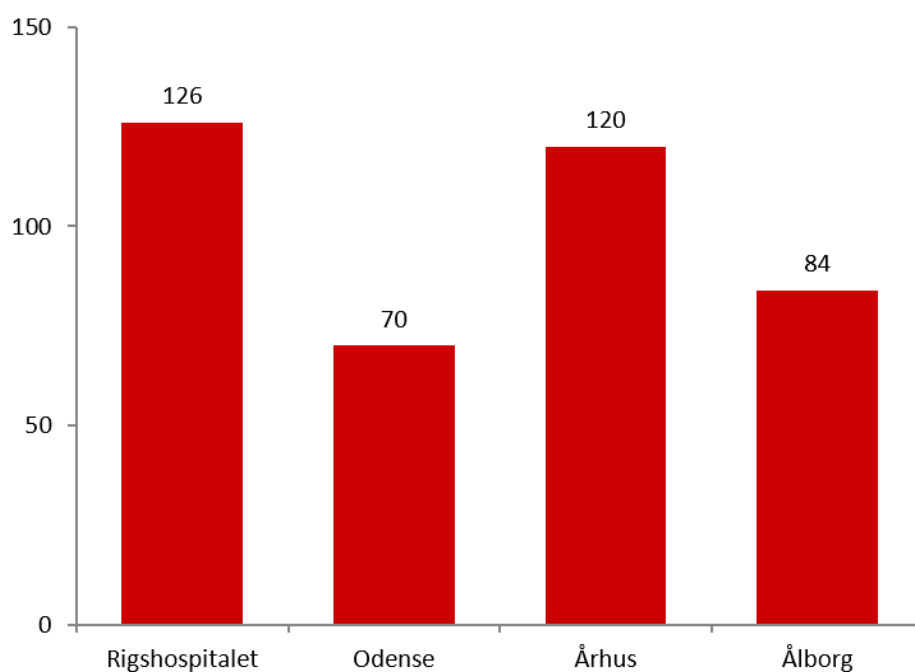
Figur HHC3-1

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

DATHYRCA har for 2025 registreret 400 patienter; hvilket er 81 patienter færre i forhold til 2024-kohorten. Dette skyldes formentlig primært sen afrapportering til DATHYRCA.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DATHYRCA for 2025 viser **4 personer (1%)** som er registreret behandlet i DATHYRCA men ikke figurerer i Cancerregisteret og **85 personer (21%)** i Cancerregisteret men ikke i DATHYRCA.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2025-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	187 (100%)	235 (97,5%)	324 (99,4%)	278 (99,6%)	122 (100%)	228 (99,6%)	1374 (99,3%)
Nej	0	6 (2,5%)	███	0	0	███	9 (0,7%)
Mangler information	0	0	0	███	0	0	0

Tabel HHC5-1

Mere end 99% af alle patienter blev i 2025 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
2025	1374 (99,3%)	9 (0,7%)	1 (0,1%)
2024	1279 (99,4%)	8 (0,6%)	0
2023	1298 (99,6%)	5 (0,4%)	0
2022	1343 (99,4%)	8 (0,6%)	0
2021	1357 (99,3%)	8 (0,6%)	1 (0,1%)

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stemmelæber	9 (5%)	13 (5%)	32 (10%)	25 (9%)	21 (17%)	26 (11%)	126 (9%)
Strube (-stemmelæber)	6 (3%)	8 (3%)	16 (5%)	13 (5%)	7 (6%)	18 (8%)	68 (5%)
Næsesvælg	10 (5%)	5 (2%)	■	5 (2%)	■	0	24 (2%)
Mundsvælg	80 (43%)	107 (44%)	124 (38%)	100 (35%)	47 (39%)	78 (34%)	536 (39%)
Nedre svælg	7 (4%)	16 (7%)	24 (7%)	14 (5%)	■	15 (6%)	78 (6%)
Mundhule	43 (23%)	53 (22%)	73 (22%)	61 (22%)	21 (17%)	55 (24%)	306 (22%)
Næse-bihuler	19 (10%)	13 (5%)	23 (7%)	11 (4%)	9 (7%)	0	75 (5%)
Spytkirtler	10 (5%)	19 (8%)	25 (8%)	28 (10%)	10 (8%)	22 (10%)	114 (8%)
Ukendt primærtumor	■	7 (3%)	6 (2%)	18 (7%)	4 (3%)	6 (3%)	44 (3%)
Manglende information	0	0	0	4 (1%)	0	9 (4%)	13 (1%)
Total	187 (100%)	241 (100%)	326 (100%)	279 (100%)	122 (100%)	229 (100%)	1384 (100%)
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Skjoldbruskkirtel	126 (32%)	0	70 (17%)	120 (30%)	84 (21%)	0	400 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	313 (18%)	241 (12%)	396 (22%)	399 (22%)	206 (12%)	229 (13%)	1784 (100%)

Tabel HHC6-1

Som det ses af Tabel HHC6-1, så er der fuld registrering af tumorlokalisering på alle patienter, men der mangler sublokalisering på 1% af patienterne.

Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen, der opereres på Rigshospitalet, modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev onkologisk afdeling.

I alt er 1.784 patienter registreret i 2025-kohorten, hvilket er 16 (<1%) flere i forhold til 2024-kohorten.

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

DAHANCA

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
T0 (ukendt primær)	■	7 (3%)	7 (2%)	17 (6%)	4 (3%)	5 (2%)	43 (3%)
T1	59 (33%)	84 (35%)	129 (40%)	72 (26%)	39 (32%)	74 (32%)	457 (33%)
T2	65 (35%)	83 (34%)	114 (35%)	78 (28%)	43 (35%)	65 (28%)	448 (32%)
T3	26 (11%)	19 (8%)	37 (11%)	52 (19%)	17 (14%)	30 (13%)	181 (13%)
T4	34 (19%)	46 (19%)	36 (11%)	58 (21%)	19 (16%)	55 (24%)	248 (18%)
TX (kan ikke vurderes)	0	■	■	■	0	0	6 (<1%)
Manglende information	0	0	0	■	0	0	■
Total	187 (14%)	241 (17%)	326 (24%)	279 (20%)	122(9%)	229 (16%)	1384 (100%)

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
N0	88 (47%)	106 (44%)	154 (47%)	120 (43%)	51 (42%)	106 (46%)	625 (45%)
N1	53 (28%)	77 (32%)	94 (29%)	69 (25%)	24 (20%)	61 (27%)	378 (27%)
N2	27 (14%)	34 (14%)	61 (19%)	61 (22%)	32 (26%)	40 (17%)	255 (18%)
N3	19 (10%)	23 (10%)	16 (5%)	29 (10%)	14 (11%)	22 (10%)	123 (9%)
NX (kan ikke vurderes)	0	■	■	0	■	0	3 (<1%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	187 (14%)	241 (17%)	326 (24%)	279 (20%)	122(9%)	229 (16%)	1384 (100%)

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
M0	184 (98%)	234 (97%)	321 (98%)	265 (95%)	118 (97%)	223 (97%)	1345 (97%)
M1	3 (2%)	7 (3%)	5 (2%)	14 (5%)	4 (3%)	6 (3%)	39 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	187 (14%)	241 (17%)	326 (24%)	279 (20%)	122(9%)	229 (16%)	1384 (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 stadiet (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 I	67 (36%)	103 (43%)	149 (46%)	82 (29%)	46 (38%)	78 (34%)	525 (38%)
Stadie II	37 (20%)	39 (16%)	46 (14%)	50 (18%)	34 (28%)	37 (16%)	243 (18%)
Stadie III	38 (20%)	37 (15%)	37 (11%)	49 (18%)	13 (10%)	44 (19%)	218 (16%)
Stadie IV	44 (24%)	61 (25%)	93 (29%)	96 (34%)	29 (24%)	70 (31%)	393 (28%)
Kan ikke vurderes	0	0	0	0	0	0	5 (<1%)
Total	187 (14%)	241 (17%)	326 (24%)	279 (20%)	122(9%)	229 (16%)	1384 (100%)

Tabel HHC7-2

For 2025 er der for DAHANCA en samlet komplethed i stadietbestemmelse på >99%.

DATHYRCA

T position; TNM	Rigshospitalet	Odense	Aarhus	Aalborg	Total
T0 (ukendt primær)	0	5 (7%)	0	■	7 (2%)
T1	14 (11%)	31 (44%)	■	9 (11%)	55 (14%)
T2	39 (31%)	18 (26%)	6 (5%)	43 (51%)	106 (27%)
T3	11 (9%)	12 (17%)	■	12 (14%)	36 (9%)
T4	3 (2%)	■	■	6 (7%)	12 (3%)
Manglende information	59 (47%)	■	111 (92%)	12 (14%)	184 (46%)
Total	126 (100%)	70 (100%)	120 (100%)	84 (100%)	400 (100%)

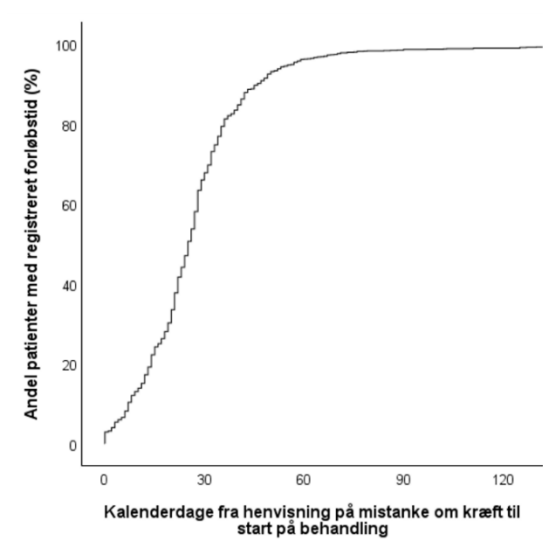
N position; TNM	Rigshospitalet	Odense	Aarhus	Aalborg	Total
N0	47 (37%)	55 (79%)	7 (6%)	65 (78%)	174 (44%)
N1	20 (16%)	14 (20%)	■	7 (8%)	42 (10%)
NX (kan ikke vurderes)	0	0	0	0	0
Manglende information	59 (47%)	■	112 (93%)	12 (14%)	184 (46%)
Total	126 (100%)	70 (100%)	120 (100%)	84 (100%)	400 (100%)

For 2025 har <54% af patienterne i DATHYRCA en registreret samlet T- og N-klassifikation.

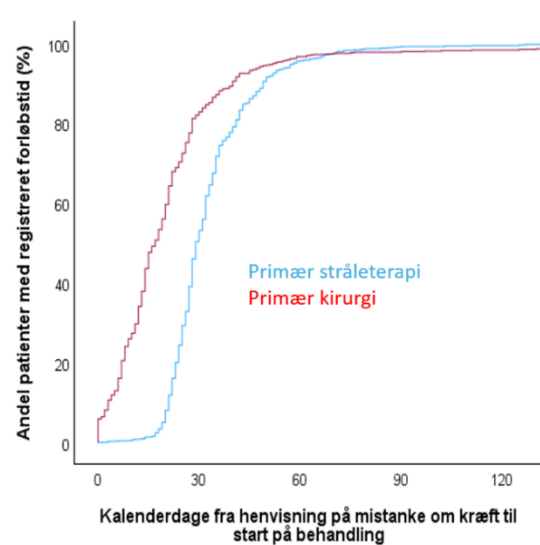
Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

Vi har siden årsrapporten 2014 rapporteret på data trukket via først RKKP og nu SUNDK. 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 1.449 patienter behandlet med primær kirurgi eller strålebehandling 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 2025-kohorten behandlet med primær stråleterapi eller kirurgi, hvilket er stabilt fra 2024 og bedre end 2023 (81%) og 2022 (65%).

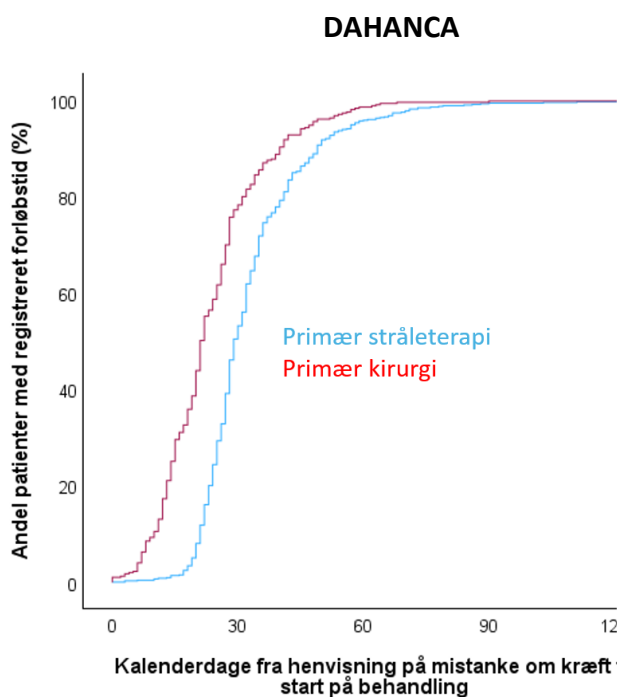
Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var i 2025 25 dage (95% CI: 24,3-25,7) (Figur HHC8-1) hvilket overordnet set har været stabilt siden 2022. Når forløbstiderne sammenlignes, må man have in mente, at dækningsgraden for indrapporteringer varierer fra år til år og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

Median forløbstid før stråleterapi i 2025 er 29 dage (95% CI: 28,5-29,5) (Figur HHC8-2), mod 29 dage (95% CI: 28,2-29,8) i 2024, 30 dage (95% CI: 29,3-30,9) i 2023, 28 dage (95% CI: 27,4-28,6) i 2022 og 27 dage (95% CI: 26,3-27,7) i 2021.

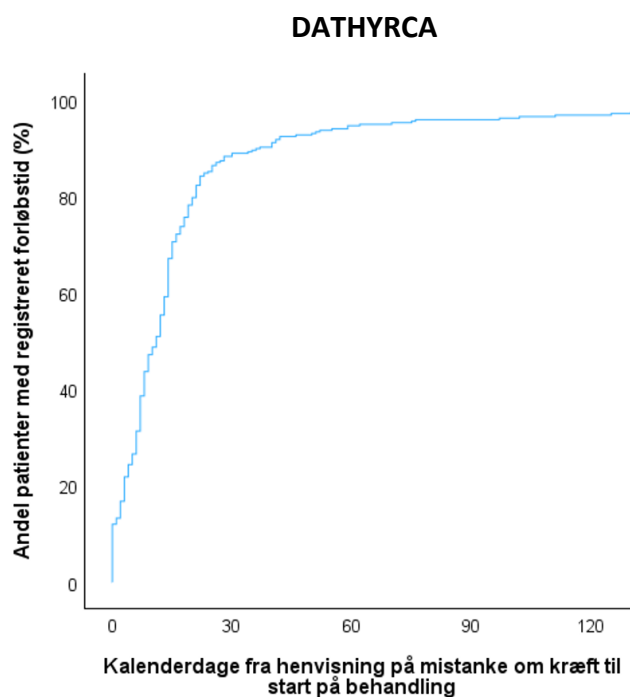
Mediane forløbstid før kirurgi er i 2025 17 dage (95% CI: 15,8-18,2) (Figur HHC8-2), mod 17 dage (95% CI: 15,6-18,4) i 2024, 21 dage (95% CI: 19,5-22,1) i 2023, 23 dage (95% CI: 21,4-24,6) i 2022 og 22 dage (95% CI: 20,7-23,3) i 2021.

62% af patienterne overholdt kongeindikatoren i 2025 før stråleterapi og 81% for kirurgi. Flertallet af overskridelser er af 1-3 dages varighed. Dette er rå forløbstider uden nogle former for pause-

koder grundet patientønsker, parallel udredning mv. Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2025 ser således ud, hvis hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

Median forløbstid i 2025 for klassisk hoved-halskræft var uændret 29 dage (95% CI: 28,5-29,5) for stråleterapi, og 21 dage (95% CI: 20,3-21,7) for kirurgi (figur HHC8-3).

Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 11 dage (95% CI: 8,4-13,6) i 2025 (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	26 dage (25-27)			14 dage (13-14)	26 dage (25-27)	18 dage (15-21)
Forløbstid stråleterapi	30 dage (29-31)	32 dage (30-34)	29 dage (27,6-30,4)	27 dage (26-28)	31 dage (29-32)	29 dage (27-31)
- med tandsanering	34 dage (33-35)	32 dage (30-34)	29 dage (27-31)	31 dage (30-32)	34 dage (32-36)	34 dage (30-38)
- uden tandsanering	29 dage (28-30)	33 dage (31-35)	29 dage (27-31)	25 dage (25-26)	30 dage (28-31)	27 dage (25-29)

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

Tabel HHC8-1 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi for klassisk hoved-halskræft 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 forsinket generelt behandlingsstart grundet den tid der er nødvendig for opheling. Der kan være forskel på hvor mange tænder der fjernes og behovet for tid til opheling, ligesom der kan være flere konfundere til behovet for tandbehandling, herunder comorbiditet og social ulighed.

Der ses udsving mellem afdelingerne, men der er generelt overlap i konfidensintervallerne.

Indikator HHC9 - Andel patienter, med registreret behandling.

1.686 patienter ud af 1.784 har i 2025 fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention) svarende til 95% af kohorten.

År	Andel patienter med registreret behandling
2025	95%
2024	96%
2023	93%
2022	>99%
2021	97%

I alt 764 patienter modtog alene primær kirurgi, 781 alene primær strålebehandling, og 130 fik kirurgi efterfulgt af strålebehandling. I alt 11 patienter er registreret med primær kemoterapi. Blandt de resterende 98 patienter er der kun 10 patienter uden valide oplysninger, mens 88 er aktiv registreret uden behandling.

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

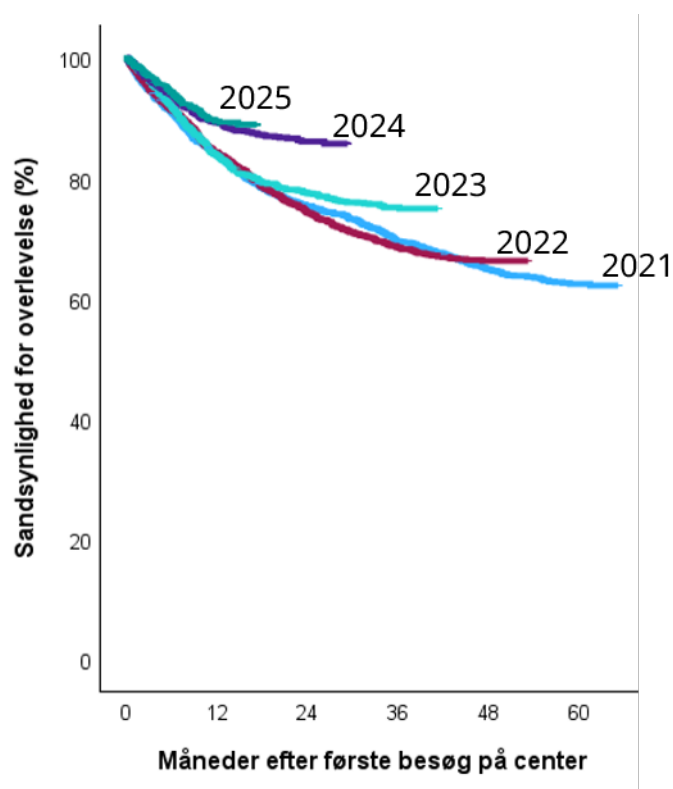
I alt 894 patienter (50% af 2025-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling (med eller uden postoperativ strålebehandling). Fire patienter er registreret død indenfor 30 dage efter kirurgi, svarende til en **30-dages mortalitet på 0,4% i 2025**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været meget lav.

År	30-dages mortalitet
2025	4/894 = 0.4%
2024	4/864 = 0.5%
2023	■ = 0.1%
2022	3/953 = 0,3%
2021	■ = 0,1%

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

Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

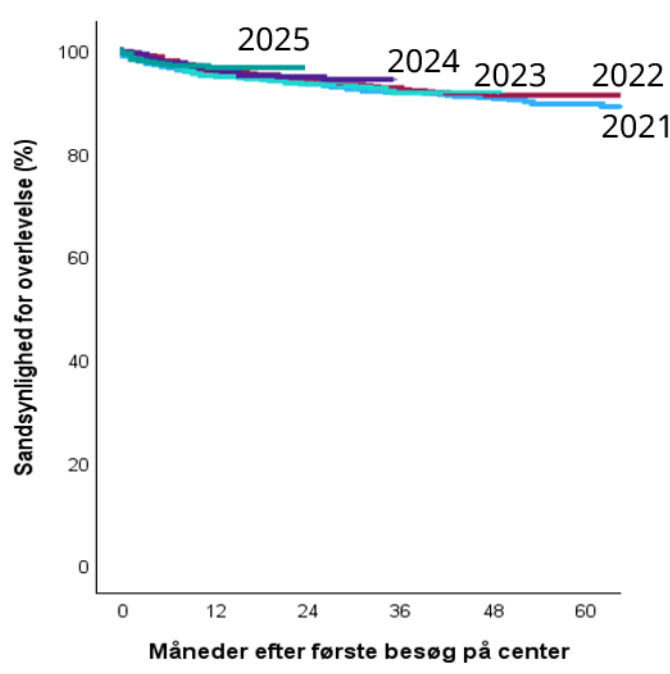
Pr. 12/6 2026 er 129 patienter i DAHANCA 2025-kohorten registeret som døde, svarende til knap 9%. I figur HHC11-1 ses overlevelse for alle patienter registeret i 2021 til og med 2025-kohorterne. 1384 patienter indgår i analysen for 2025.



Figur HHC11-1

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DAHANCA 2025-kohorten er 89% [$\pm 0,9\%$], hvilket er på niveau med tidligere år

Pr. 12/6 2026 er 9 patienter i DATHYRCA 2025-kohorten registeret som døde, svarende til 2,3% af kohorten. I figur HHC11-2 ses overlevelse for alle patienter registeret i 2021 til og med 2025-kohorterne. 400 patienter indgår i analysen for 2025.



Figur HHC11-2

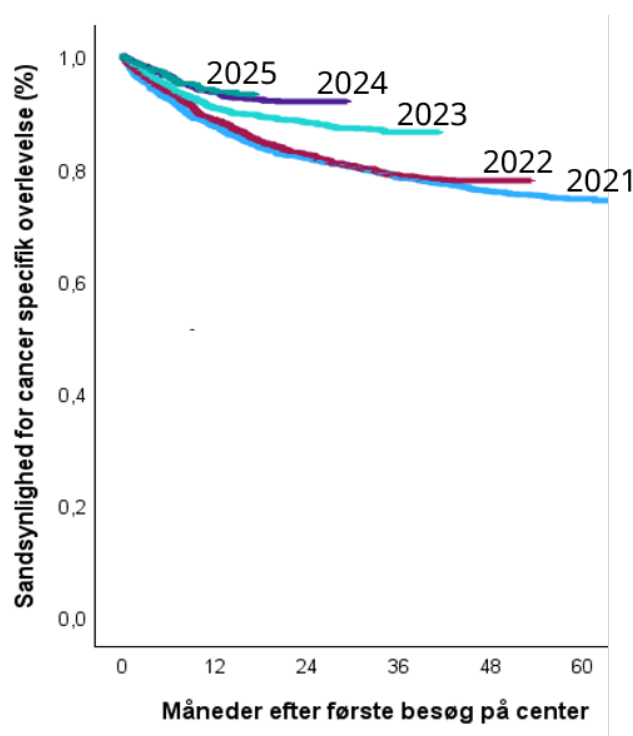
Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DATHYRCA 2025-kohorten er 96% [$\pm 0,9\%$], hvilket er på niveau med tidligere år.

**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 2025-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2023-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 2023-kohorten 75% [$\pm 1,2\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2022 er den 92% [$\pm 1,3\%$].**

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

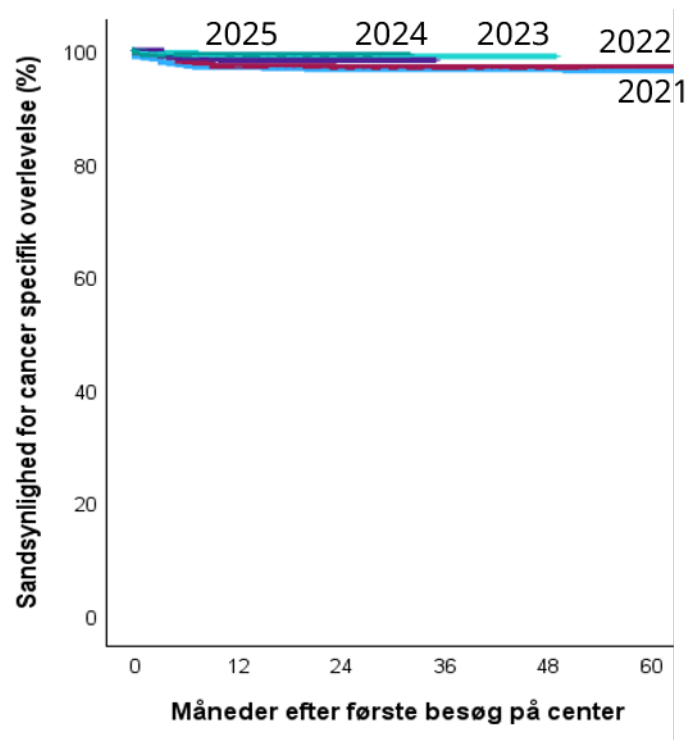
Pr. 12/6 2026 er 77 patienter i DAHANCA 2025-kohorten registeret som døde af hoved-halskræft, svarende til knap 6% af kohorten. I figur HHC11-1 ses overlevelse for alle patienter registeret i 2021 til og med 2025-kohorterne. 1384 patienter indgår i analysen for 2025.



Figur HHC13-1

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for DAHANCA 2025-kohorten er 94% [$\pm 0,7\%$], hvilket er på niveau med tidligere år. At den cancer-specifikke overlevelse er lidt højere for 2025, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer.

Pr. 12/6 2026 er 3 patienter i DATHYRCA 2025-kohorten registeret som døde, svarende til 0,8% af kohorten. I figur HHC11-2 ses overlevelse for alle patienter registeret i 2021 til og med 2025-kohorterne. 400 patienter indgår i analysen for 2025.



Figur HHC13-2

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for DATHYRCA 2025-kohorten er 99% [$\pm 0,4\%$], hvilket er på niveau med tidligere år. At den cancer-specifikke overlevelse er lidt højere for 2025, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer.

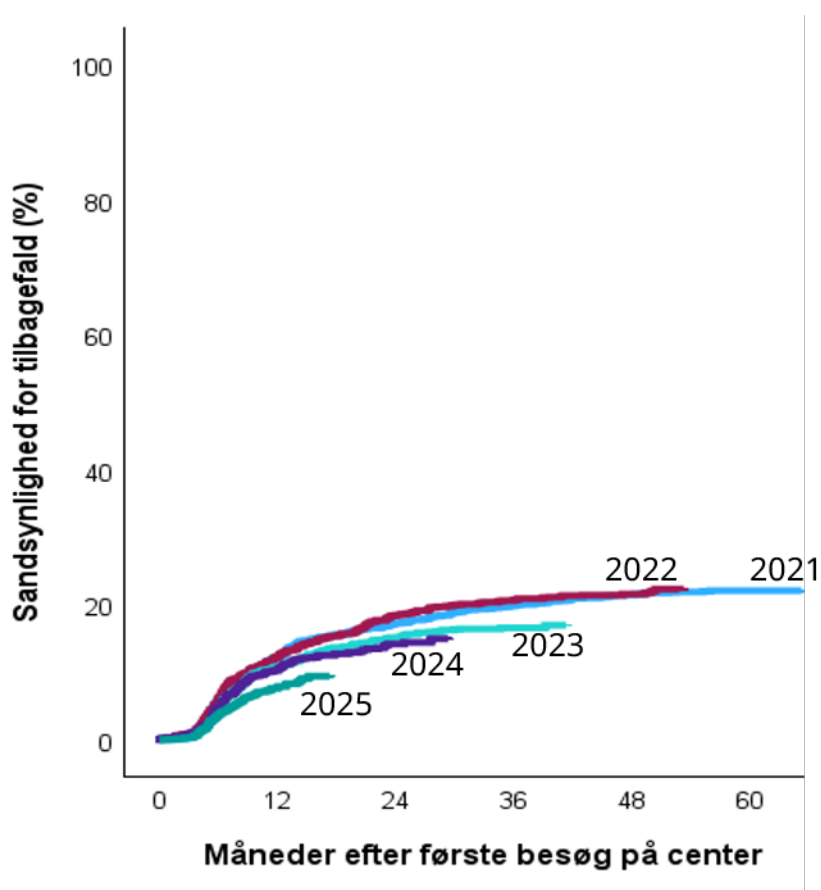
Indikator HHC14 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2025-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2023-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 2023-kohorten 87% [$\pm 1\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2023 er den 99% [$\pm 0.5\%$].**

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

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år.

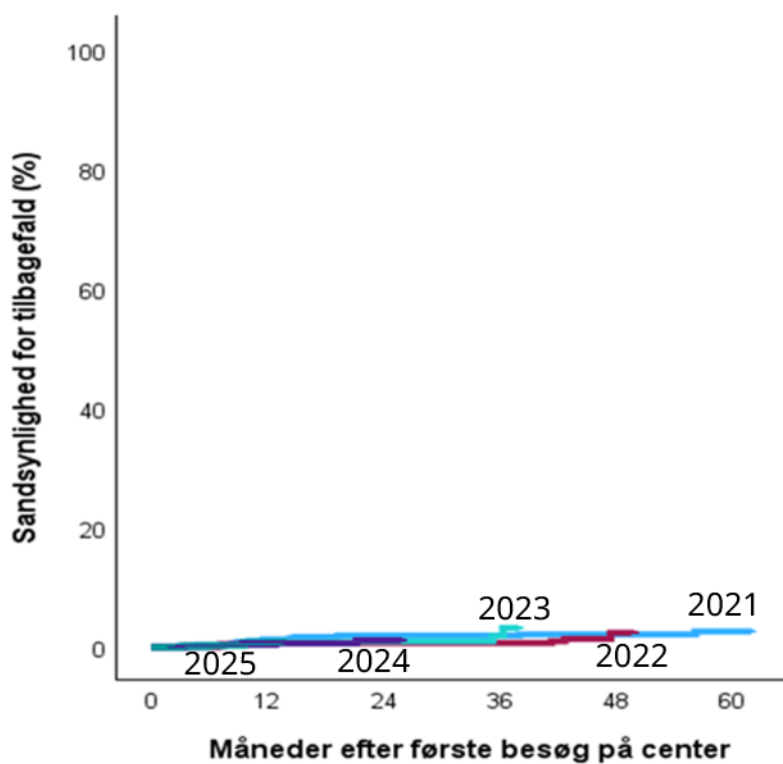
Pr. 12/6 2026 er 102 patienter i 2025-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 7% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2021 og frem til 2025-kohorten.



Figur HHC15-1

Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for DAHANCA 2025-kohorten er 92% [$\pm 0,8\%$], hvilket har været ret stabil de sidste 5 år.

Pr. 12/6 2026 er 3 patienter i DATHYRCA 2025-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 0,8% af kohorten. I figur HHC15-2 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2021 til og med 2025-kohorterne. 400 patienter indgår i analysen for 2025.



Figur HHC15-2

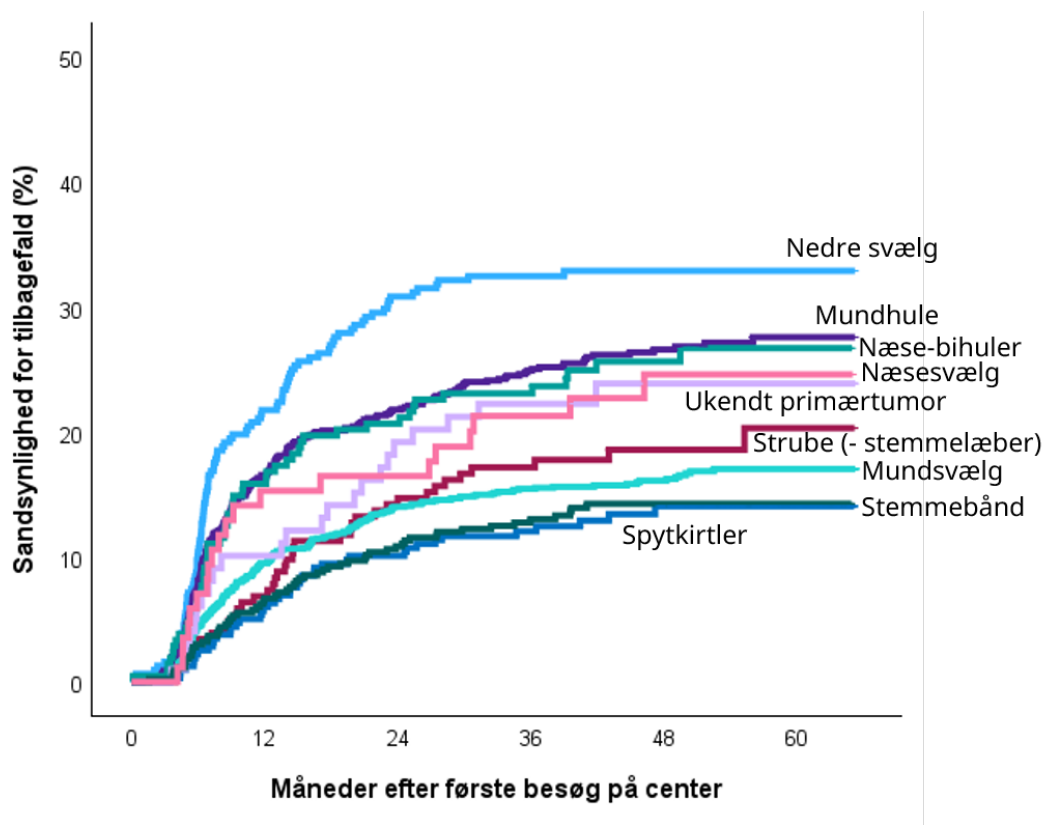
Den aktuariske 1-års cancer kontrol for DATHYRCA 2025-kohorten er 99% [$\pm 0,6\%$], hvilket er på niveau med tidligere år.

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 2025-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 2023-kohorten 83% [$\pm 1,0\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2023 er den 98% [$\pm 1,0\%$].*

Styregruppen for kvalitetsdatabasen, DAHANCA, har haft et ønske om at vise, at der er stor forskel på hvordan de forskellige undertyper af hoved-halskræft klarer sig. På nedenstående figur vises risikoen for tilbagefald efter behandling (kohorten 2021-2023) fordelt på de store hovedgrupper af kræft: Næsesvælg, mundsvælg, nedre svælg, næsesvælget, strube (- stemmebånd), stemmebånd, mundhule, spytkirtler, næse-bihuler og ukendt primærtumor (Figur HHC16-1). Selvom der er mange konfundere involveret i at vise en sådan figur, understreger det at ikke alle patienter med hoved-halskræft har en lige god prognose.



Figur HHC16-1 (Obs: Y-aksen går fra 0-50% for at skille graferne ad)

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 re-certificering af kvalitetsdatabasen i 2020 blev denne parameter indført, og med tiden var det tænkt muligt, at udfolde indikatoren for opfølgning i 1, 3 og 5 år efter kræftbehandling.

Gennem årene har vi haft en registreret opfølgning hos knap en 1/3 af patienterne. Det er væsentligt at bemærke, at det ikke er det samme som at patienterne ikke følges klinisk til håndtering af bivirkninger og opsporing af recidiver (det kan vi se da recidiverne faktisk registreres). Der er formentlig alene tale om en dårlig registreringspraksis.

Med Sundhedsreformen som træder i kraft i 2027, kommer der til at ske store strukturelle ændringer på kræftopfølgningens område. Mange hospitaler og regioner har allerede taget hul på dette og reduceret opfølgninger betragteligt eller omlagt dem til anden praksis.

Som følge af dette er registreringerne af opfølgning i DAHANCA yderligere under pres og i 2025 mere mangelfulde end vanligt.

Styregruppen for kvalitetsdatabasen, DAHANCA, vil i det kommende år gentænke hvordan der sikres opfølgning af patienterne. Dette er vigtigt for både monitorering af bivirkninger, som følge af nye tiltag, samt for opsporing af recidiver.

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

I 2025-kohorten er 911 patienter registreret som havende modtaget strålebehandling – enten primært eller postoperativt. Heraf fik 750 patienter strålebehandling i kurative doser.

624 patienter har fået registret graden af synkebesvær omkring afslutningen af strålebehandlingen. I alt 189 har fået registreret moderat til svært synkebesvær svarende til at **30% af patienterne i 2025-kohorten har oplevet moderat til svært synkebesvær under strålebehandling**. Dette er færre end i perioden 2021-2024 (41-45%) og skal ses i en større sammenhæng før der kan drages endelige konklusioner.

Tilsvarende har 83 (af 589 patienter med parameteren registreret) oplevet moderat til svære slimhindeforandringer svarende til at **14% af patienterne med data registreret i 2025 har oplevet moderat til svær slimhindepåvirkning under strålebehandling**. I de foregående år har 35-50% haft moderat til svære slimhindepåvirkninger, umiddelbart efter strålebehandling. Parameteren er dog meget følsom overfor udsving i registreringsgraden. Ligesom med synkebesvær, skal parameteren ses i en større sammenhæng, før der kan drages endelige konklusioner.

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 911 patienter fik strålebehandling i 2025-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandling havde 13% af patienterne (blandt 619 registrerede) en sonde. ***To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 5% af patienterne en registreret sonde (blandt 481 patienter med data). Et år efter havde 5% i 2025-kohorten fortsat en sonde,*** men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset til 95 på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

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 102 patienter, der er registreret med recidiv i 2025-kohorten, er de 16 behandlet med stråleterapi, heraf de 12 med kurative doser. I alt 22 er registreret med pallierende systemisk behandling, primært med immunterapi, men også i nogle tilfælde med kemoterapi. I alt 36 har modtaget kirurgi for tilbagefald. Langt de fleste (32 patienter) med kurativt sigte – typisk ved fjernelse af tilbagefald i lymfeknuderne.

I 2025-kohorten kan der således redegøres for den første behandling for tilbagefald hos 74/102: 73% af patienterne, mod 83% i 2024, 68% i 2023, 72% i 2022 og 55% i 2021.

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

Blandt 129 døde *i 2025-kohorten er dødsårsagen kendt i 88% af tilfældene*. Dette er forbedring i forhold til sidste år (2021-24: 84-95%).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	77 (60%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	4 (3%)
Anden cancer i øvrigt	6 (5%)
Anden sygdom	23 (18%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	1 (2%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	16 (12%)

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:

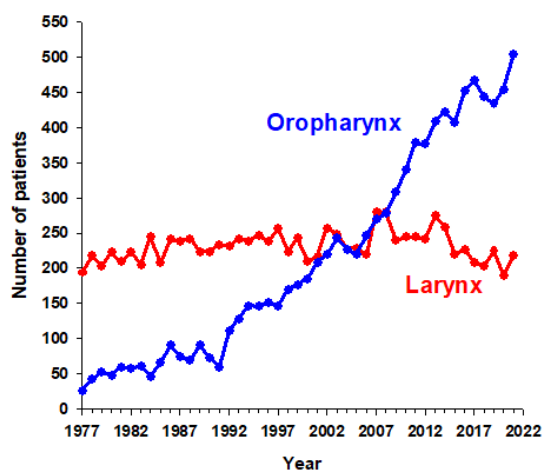
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

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. 1.800 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.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 pladeepitelcarcinomer, 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 aktuell eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 12.000 (NORDCAN 2024). Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 30% til 95%. Den samlede 5-års overlevelse for alle typer 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.

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 2025

Formand for Styregruppen	Professor Jens Overgaard (Overordnet databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Sekretariat	Professor Jesper Grau Eriksen
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen og fra 1/9 2025 overlæge Ruta Zukauskaitė (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Kristine Bjørndal (Formand for DAHANCA, DAHANCA's bestyrelse) Afdelingslæge 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 og fra 1/9 2025 afdelingslæge Christian Danstrup (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl og fra 1/9 2025 afdelingslæge Kasper Toustrup (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	Afdelingslæge Anders Christensen (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Onkologi	Overlæge Jeppe Friborg (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Christina Plaschke (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse). Afdelingslæge Jacob Høygaard Rasmussen (repræsentant fra DSHHO)
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)

Køge/ Øre-næse-hals kirurgi

Overlæge Bahareh Philipsen og fra 1/11 2025 overlæge
Gitte Hvilsom (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