

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR)

Årsrapport 2025

Periode: 1. januar - 31. december 2025

Offentliggørelsesdato 26.06.2026

Officiel version

Konklusioner og anbefalinger

Årsrapport 2025 fra Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) rapporterer hermed data på 5.154 patienter som fik diagnosen lungekræft i 2025. Data er præsenteret som 10 kvalitetsindikatorer med individuelle udviklingsmål, baseret på national og international evidens for høj kvalitet inden for udredning og behandling af lungekræft.

Konklusioner

- Andelen af patienter med **overensstemmelse mellem cTNM og pTNM** (efter udredende region) har de sidste 10 år været stigende, hvilket er meget positivt og vidner om høj kvalitet af udredningen. Region Sjælland og Region Nordjylland ses dog med et større fald dette år, og Region Sjælland opnår med sine 89% ikke udviklingsmålet på $\geq 94\%$.
- Andelen af patienter med **ikke småcellet lungekræft (NSCLC), som behandles med operation** (resektion), er på landsplan i 2025 nået op på 30%, hvilket er meget glædeligt. Resektionsraten fordelt på regionerne ses nu at blive mere ensartet i landet end tidligere, men der arbejdes fortsat videre på at afdække de 7% forskel vi ser i rådata, ved subanalyser af bl.a. patienternes kormorbiditet, Performance Status (PS) og stadie.
- Andelen af **NSCLC-patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling** inden for 1 år, ses betydelig spredning (17 procent-point) mellem afdelinger over hele opgørelsesperioden 2018-2024. Aalborg Universitetshospital og Sjællands Universitetshospital ligger lavere, og under udviklingsmålet på $\geq 70\%$, end de øvrige afdelinger i perioden 2022-2024. Der kan være flere årsager til spredningen, og DLCG har drøftet både forskelle i afstand til patientens egen læge og til sygehuset, samt forskelle i alder, PS, komorbiditet og sygdomsstadie for de enkelte afdelingers populationer. Mhp. at mindske indflydelse fra forskelle i patienternes almentilstand, etableres efter denne årsrapport en **ny test-indikator**, som udelukkende vil inkludere patienter i stadie IV med PS = 0-2.
- Indikatorerne VIIIa-c, X og XI som vedrører **kurativt intenderet behandling**, bygger på bruger-registrerede data fra inddateringsplatformen DLCR-TOPICA, og her ses regionale forskelle som ved opgørelser desværre tyder på forskellig registreringspraksis for onkologisk behandling landet over. Afdelingerne skal i TOPICA's Onkologi-formular både angive, at patienten har modtaget "**Kurativ behandling**" og at "**Behandling gennemført som planlagt = JA**". Her svarer en enkelt afdeling "Ja" for 100% af deres patienter (Aarhus Universitetshospital), imens en anden kun registrerer "Ja" for 71% af patienterne (Sjællands Universitetshospital), og en enkelt afdeling har hele 12% ubesvarede (Sygehus Lillebælt). Denne diskrepans har betydning for analyserne til 5 kvalitetsindikatorer, og vil blive nærmere undersøgt.
- Andelen af patienter, som er drøftet på **Multi-Disciplinær Team konference (MDT) inden for 90 dage efter diagnose**, ses fortsat i positiv udvikling. Der er dog endnu et forbedringspotentiale, idet de fleste af afdelingerne ikke opnår det vedtagne udviklingsmål på $\geq 95\%$. Subanalyser peger dog på at nogle patienters MDT ikke registreres i TOPICA, selvom de faktisk har været afholdt, og mere opmærksomhed på registrering kan bedre tallene fremadrettet. Det har været drøftet i DLCG hvorvidt man bør stræbe efter MDT for 100% af patienterne, og der er enighed om at dette ikke er målet. Ved audits ser vi (som formodet) tegn på, at det er de skrøbeligste patienter, som ikke drøftes; er en patient ikke kandidat til (eller ønsker ikke) behandling af nogen art, har det ikke behandlingsmæssig konsekvens at drøfte dem på MDT.

Anbefalinger og fokus for kvalitetsudvikling

- Region Sjælland og Region Nordjylland ses i 2025 med et markant fald i overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, og der kan være tale om tilfældig variation, men det anbefales at man i afdelingerne udfører lokal audit på de patienter, hvor der ikke var overensstemmelse. Samtidig anbefales det at man ved udredningen har fokus på valg af præcist cTNM stadie, som har afgørende betydning for valg af behandling til den enkelte patient, samt at man ved operationen overholder de nationale retningslinjer om udtagning af mindst 3 ipsilaterale N2-lymfeknudestationer, så patienten kan registreres med korrekt p-stadie.
- Forskellen i registreringspraksis for gennemført kurativt intenderet behandling vil nu blive undersøgt nærmere; først ved drøftelse og konsensus om korrekt registrering på møde i Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG), og herefter lokalt på landets indberettende afdelinger. Gennemgangen er af yderste vigtighed for, at vi fremadrettet kan tolke forskelle i data som udtryk for forskel i, hvordan vi behandler patienterne, og ikke forskel på registrering.

- Registrering af afholdt MDT i TOPICA bør have mere fokus i landets udredende afdelinger, så patienter som *har været drøftet* registreres korrekt med afholdt MDT i DLCR.

Fra 1. januar 2027 omlægges DLCR til **nyDLCR**, en rent registerbaseret database, hvor de primære datakilder er Landspatientregisteret, Patologiregisteret og CPR-registeret. I lyset af denne overgang drøfter DLCCG's bestyrelse aktuelt muligheden for at udvikle nye indikatorer. Dette åbner op for at afdække og kvalitetssikre nye dimensioner af udrednings- og behandlingsforløbet for lungekræftpatienter – herunder f.eks. systematisk hjælp til rygestop og til rehabilitering.

Udvikling - Dansk Lunge Cancer Register

Fra Standarder til Udviklingsmål

Fra og med DLCR Årsrapport 2025 ændres kvalitetsmål fra Standarder til Udviklingsmål. Dette har medført en klinisk gennemgang og evaluering af de aktuelt vedtagne kvalitetsmål for hver indikator, med henblik på at vurdere, om kvalitetsmålet allerede kan betragtes som et udviklingsmål, eller om det skal justeres. Et udviklingsmål skal være ambitiøst, men også realistisk at opnå for de enkelte afdelinger eller regioner inden for en kortere tidsperiode. Udviklingsmål for enkelte indikatorer fortolkes fortsat som et mindstemål, hvilket er beskrevet ved de pågældende indikatorer.

Udfasning af kvalitetsindikatorer for patientoverlevelse

Det blev ved audit af DLCR Årsrapport 2024 på oplæg fra SundK drøftet og accepteret af DLCCG's bestyrelse at udfase en række kvalitetsindikatorer for patientoverlevelse fra det officielle DLCR indikatorsæt fra og med DLCR Årsrapport 2025. Indikatorer for patientoverlevelse efter diagnose og kirurgisk behandling er udfaset som kvalitetsindikatorer, fordi de ikke lever op til at være handlebare, eller handlingsanvisende, for klinisk praksis. I stedet kan opgørelser for patientoverlevelse tilgås som en del af det supplerende appendiksmateriale.

Opdatering af TNM-klassifikation til UICC TNM-klassifikation Version 9

Per 1. januar 2025 trådte UICC TNM-klassifikation Version 9 i kraft (1, 2), og er implementeret fra og med denne dato i Landspatientregisteret (LPR) og DLCR. Det betyder, at alle patienter i DLCR (også historiske patienter) så vidt muligt har fået genberegnet deres TNM-stadie i henhold til TNM Version 9. Således inkluderes data for stadieberegning på baggrund af stadiealgoritmen for TNM Version 9 for første gang i denne DLCR Årsrapport 2025.

Patienter der ikke tildeles et stadie i henhold til TNM9 algoritmen, optræder som uoplyst, og inkluderes derfor ikke i opgørelser, der kræver stadieoplysninger.

- (1): Rami-Porta R, Nishimura KK, Giroux DJ, et al. The International Association for the Study of Lung Cancer Lung Cancer Staging Project: **Proposals for Revision of the TNM Stage Groups in the Forthcoming (Ninth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer**. *J Thorac Oncol*. 2024;19(7):1007-1027. doi:10.1016/j.jtho.2024.02.011
- (2): International Association for the Study of Lung Cancer: **Staging Cards in Thoracic Oncology, 9th Edition**: <https://www.iaslc.org/research-education/publications-resources-guidelines/staging-cards-thoracic-oncology-9th-edition>

URL tilgået d. 14/04/26.

Omlægning af Dansk Lunge Cancer Register til ren registerbaseret database

DLCR gennemgår i løbet af 2026 en omlægning, hvor databasen flyttes fra den hidtil anvendte inddateringsplatform TOPICA til en ny, rent registerbaseret database, nyDLCR, hvor de primære datakilder er Landspatientregisteret (LPR), Patologiregisteret og CPR-registeret.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har besluttet, at indberetning via TOPICA til Dansk Lunge Cancer Register stoppes ved afslutning af 2026 patientårgangen, dvs. deadline for indberetning i TOPICA er d. 15. marts 2027, hvor data til Årsrapport 2026 er indberettet. Data til den nye database, nyDLCR, vil fra 2027 alene være baseret på indberetninger fra de regionale EPJ-systemer til Landspatientregistret (LPR), Patologiregisteret og CPR-registeret.

I løbet af 2026 arbejdes der på at sikre datakvaliteten og datakompletheden af flere centrale dataelementer i nyDLCR, så omlægningen og sikringen af data i EPJ-systemerne kan komme på plads, imens inddateringsplatformen TOPICA fastholdes. Dette sker for at beskytte DLCR mod datatab for 2026-populationen.

Medio marts 2027 stopper indberetning til DLCR via TOPICA, så nyDLCR kan sættes i drift med fastholdelse af det tidligere kendte høje niveau for afrapportering af kvalitetsindikatorer, årsrapport og levering af valide data til

forskning med baggrund i registeret. Data for patienter med starttid (diagnosedato) i 2027 skal således ikke indberettes eller valideres i TOPICA. Disse patienter inkluderes i den nye DLCR-database, som baseres udelukkende på data i de nationale sundhedsregistre, uden anvendelse af TOPICA.

Kontakt databasens kontaktperson, Monika Madsen, MONIMS@sundk.dk eller hospitalets SundK-kontaktperson, hvis der er spørgsmål til omlægningen af DLCR.

Lungehindekræft - Pleuralt Mesotheliom - Population og kvalitetsindikatorer

I løbet af 2021 blev der som en del af DLCR etableret en ny database for patienter med en lungehindekræftdiagnose fra 2003 og frem. Patienternes sygdomsforløb og alle relevante begivenheder for udredning og behandling i forløbet indhentes i videst muligt omfang fra Landspatientregisteret og Patologiregisteret via den særligt tilpassede DNKK-algoritme, og indlæses i DLCR-TOPICA.

DLCR Årsrapport 2025 inkluderer et særskilt kapitel, som omfatter deskriptive opgørelser af demografiske karakteristika og centrale kliniske outcomes for populationen af mesotheliom patienter i perioden 2014-2025. Desuden afrapporteres i alt tre kliniske kvalitetsindikatorer, som er etableret og specificeret i samarbejde med Mesotheliom gruppen under DLCCG:

- **Indikator I:** Overlevelse efter mesotheliom diagnose
- **Indikator II:** Resektionsrate (andel)
- **Indikator III:** Overlevelse efter resektion

Oversigt over Indikatorresultater for DLCR

Tabel 1.1 - Indikatorresultater 2025

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
			Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
			01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023	2022
Indikator IIa1: Andel, som overlever 30 dage fra først registrerede operation	≥ 98		99,4 (98,8-99,7)	98,9	98,6	99,4
Indikator IIa1_Bop: Andel, som overlever 30 dage fra først registrerede operation efter bopælsregion	≥ 98		99,4 (98,8-99,7)	98,9	98,6	99,4
Indikator III: Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	≥ 94		94,3 (92,9-95,5)	95,7	95,7	94,5
Indikator IV_Bop: Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion efter bopælsregion	≥ 26		30,0 (28,6-31,4)	29,1	30,2	28,9
			01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022	2021
Indikator VII: Andel af NSCLC patienter i c-stadie IV, som modtager onkologisk behandling (systemisk behandling eller stråleterapi) inden for det første år efter diagnose. Opgjort efter udredende afdeling.	≥ 70		71,0 (68,7-73,2)	72,6	73,3	73,7
Indikator VII_Bop: Andel af NSCLC patienter i c-stadie IV, som modtager onkologisk behandling (systemisk behandling eller stråleterapi) inden for det første år efter diagnose efter bopælsregion	≥ 70		71,0 (68,7-73,2)	72,6	73,3	73,7
			01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023	

		Uoplyst		Indikatoropfyldelse	
Indikator VIIIa_Bop: Andel NSCLC-patienter i c-stadie I og II, som har gennemført kurativt intenderet behandling (resektion eller kurativt intenderet onkologisk behandling) efter bopælsregion	≥ 90	0	87,2 (85,6-88,7)	88,1	88,3
Indikator VIIIb_Bop: Andel NSCLC-patienter i c-stadie I og II, som har gennemført kurativt intenderet behandling (resektion) efter bopælsregion	≥ 60	0	61,0 (58,8-63,3)	60,2	62,0
Indikator VIIIc_Bop: Andel NSCLC-patienter i c-stadie I og II, som har gennemført kurativt intenderet behandling (kurativt intenderet onkologisk behandling) efter bopælsregion	≥ 30	0	28,1 (26,0-30,2)	31,4	30,3
Indikator IX: Andel patienter, som er drøftet på Multi-disciplinær Teamkonference (MDT) inden for 90 dage efter dato for forløbsstart (diagnosedato)	≥ 95		94,2 (93,6-94,9)	92,0	86,9
Indikator X_Bop: Andel patienter, som har gennemført kurativt intenderet kirurgisk eller onkologisk behandling efter bopælsregion	≥ 50	0	40,6 (39,2-41,9)	41,9	41,9
Indikator XI_Bop: Andel NSCLC patienter, som har gennemført kurativt intenderet kirurgisk eller onkologisk behandling efter bopælsregion	≥ 60	0	46,2 (44,7-47,8)	47,2	47,6

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

- Operation = eksplorative indgreb og resektion under et.
- Resektion = resektion alene.
- NSCLC: Non-Small Cell Lung Cancer. SCLC: Small Cell Lung Cancer
- Beregning af 95% konfidensinterval (95%CI) i opgørelsen af indikatorer (andele) foretages ved Clopper-Pearson metoden.

Beskrivelse af Dansk Lunge Cancer Register:

Detaljeret beskrivelse af Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) kan tilgås på www.sundk.dk hvor der kan læses mere om dokumentation, indberetning og resultater. Her findes også kontaktoplysninger, hvis der er spørgsmål eller kommentarer vedr. databasen.

Vedrørende anvendelse af # i årsrapportens tabeller (offentliggjort version):

For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i årsrapportens tabeller.

Indikatorresultater

Indikator Ia1 - 30-dages overlevelse efter første operation

Indikatoren opgør 30-dages overlevelse efter patientens første operation ved primær lungecancer. Resultaterne opgøres for alle patienter med en dato for operation i et givent kalenderår, uafhængigt af diagnosetidspunkt.

Indikatorens formål er at opgøre om overlevelsen for patienter med primær lungecancer efter kirurgisk indsats er tilfredsstillende iht. gældende evidens, og om den ændres over tid. 30-dages overlevelsen formodes at reflektere kvaliteten af den operative intervention.

Tabel 2.1 - Andel, som overlever 30 dage efter første registrerede operation, efter kirurgisk afdeling

	Udviklingsmål ≥ 98% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år			
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.343 / 1.351	99,4	(98,8-99,7)	1.226 / 1.240	98,9	98,6	99,4
Hovedstaden	Ja	461 / 462	99,8	(98,8-100,0)	396 / 401	98,8	98,1	99,1
Syddanmark	Ja	434 / 439	98,9	(97,4-99,6)	409 / 415	98,6	98,8	99,4
Midtjylland	Ja	275 / 276	99,6	(98,0-100,0)	279 / 280	99,6	99,7	99,7
Nordjylland	Ja	173 / 174	99,4	(96,8-100,0)	142 / 144	98,6	98,0	99,5
Hovedstaden	Ja	461 / 462	99,8	(98,8-100,0)	396 / 401	98,8	98,1	99,1
Rigshospitalet	Ja	461 / 462	99,8	(98,8-100,0)	396 / 401	98,8	98,1	99,1
Syddanmark	Ja	434 / 439	98,9	(97,4-99,6)	409 / 415	98,6	98,8	99,4
Odense Universitetshospital - Svendborg	Ja	434 / 439	98,9	(97,4-99,6)	409 / 415	98,6	98,8	99,4
Midtjylland	Ja	275 / 276	99,6	(98,0-100,0)	279 / 280	99,6	99,7	99,7
Aarhus Universitetshospital	Ja	275 / 276	99,6	(98,0-100,0)	279 / 280	99,6	99,7	99,7
Nordjylland	Ja	173 / 174	99,4	(96,8-100,0)	142 / 144	98,6	98,0	99,5
Aalborg Universitetshospital	Ja	173 / 174	99,4	(96,8-100,0)	142 / 144	98,6	98,0	99,5

Indikator Ila1 - Indikatortabel, 2022-2025

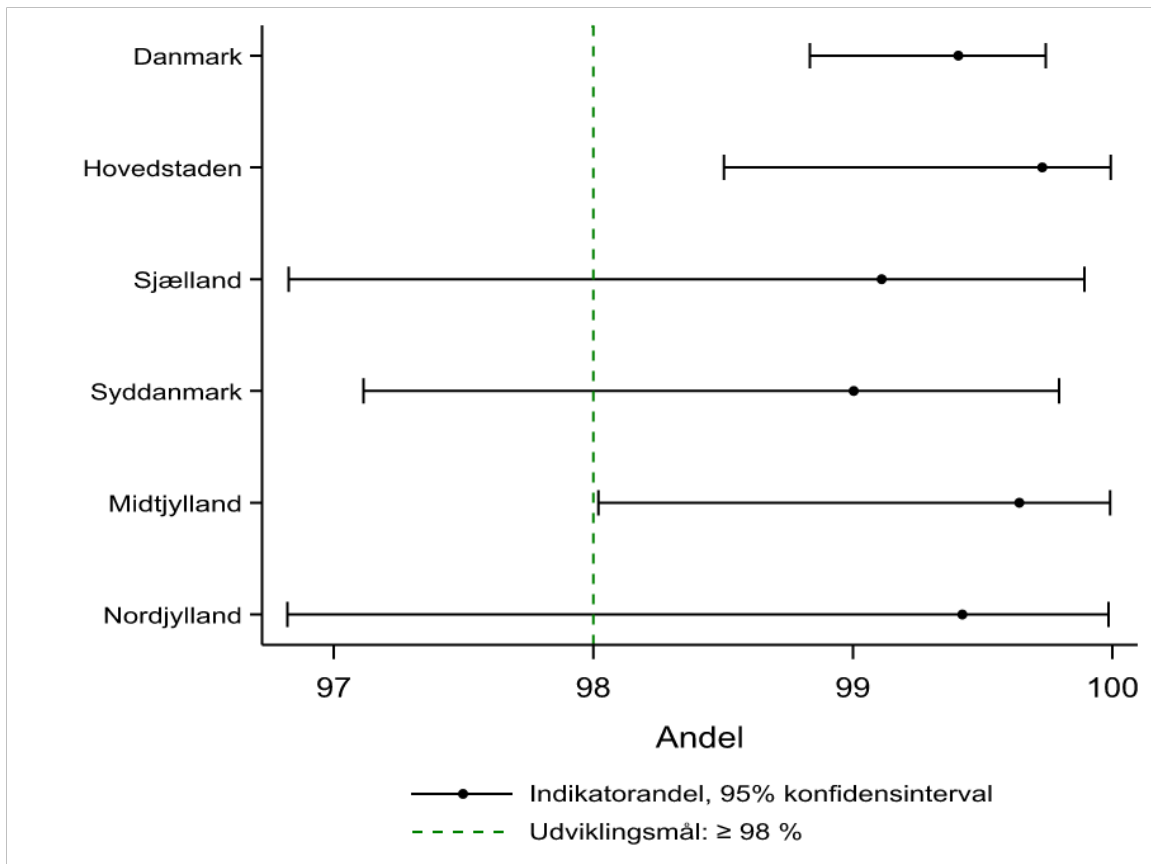
Tabel 2.2 - Andel, som overlever 30 dage efter første registrerede operation, efter bopælsregion

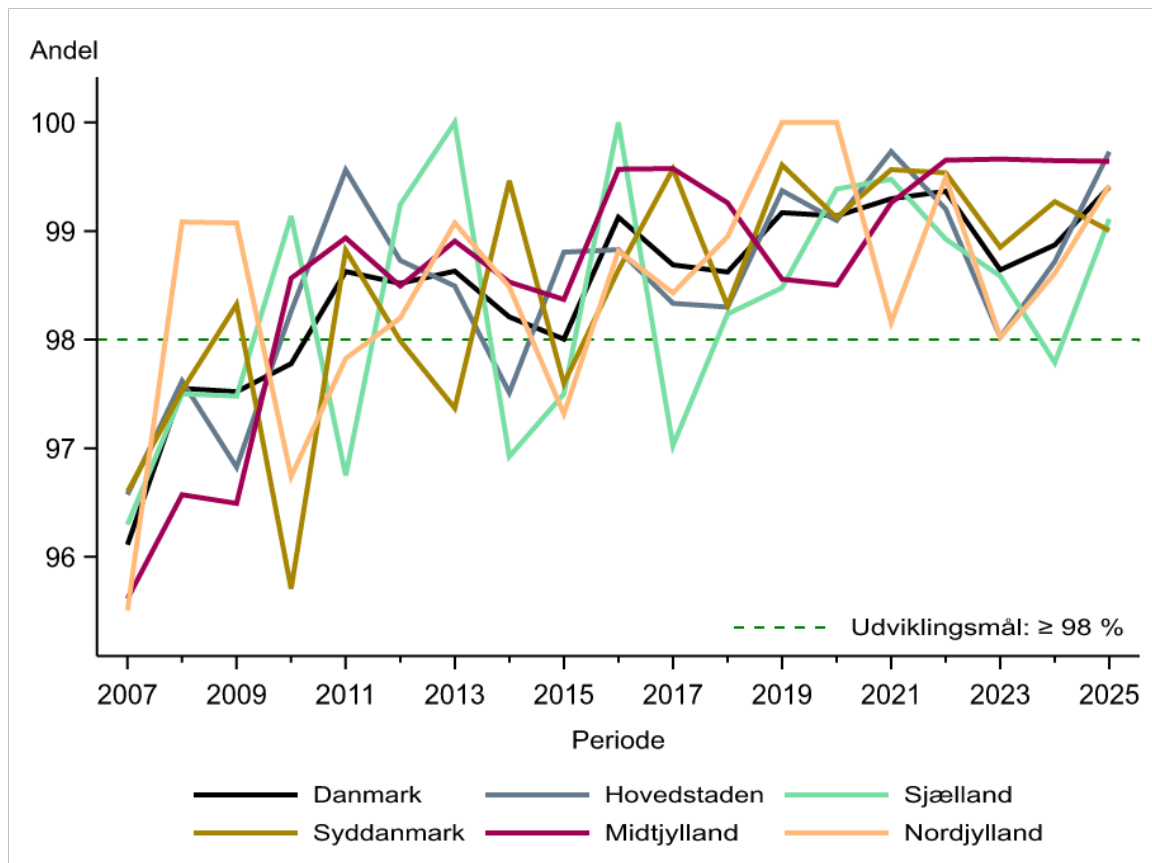
	Udviklings mål		Aktuelle år		Tidligere år			
	≥ 98% opnået	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.340 / 1.348	99,4	(98,8-99,7)	1.226 / 1.240	98,9	98,6	99,4
Hovedsta den	Ja	369 / 370	99,7	(98,5-100, 0)	308 / 312	98,7	98,0	99,2

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år			
Sjælland	Ja	223 / 225	99,1	(96,8-99,9)	221 / 226	97,8	98,6	98,9
Syddanmark	Ja	298 / 301	99,0	(97,1-99,8)	272 / 274	99,3	98,9	99,5
Midtjylland	Ja	278 / 279	99,6	(98,0-100,0)	283 / 284	99,6	99,7	99,7
Nordjylland	Ja	172 / 173	99,4	(96,8-100,0)	142 / 144	98,6	98,0	99,5

Indikator Ila1 - Indikatortabel, 2022-2025

Figur 2.3 - Andel, som overlever 30 dage efter første registrerede operation, efter bopælsregion



Figur 2.4 - Andel, som overlever 30 dage efter første registrerede operation, efter bopælsregion

Indikator IIa1 - Trend graf for udvikling over tid, 2007-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for 2025 udgøres af 1351 patienter med operationsdato i 2025. Patienter, der overlever mindst 30 dage efter først registrerede operation opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100%, og datagrundlaget på afdelings- og regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse.

Resultater

På landsplan ved opgørelse i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 98\%$ opnået med en andel på 99,4%, 95%CI (98,8%-99,7%). Frem mod operationsår 2025 har 30 dages overlevelsen efter operation været høj og næsten status quo omkring 99% [Tabel 2.1](#) [Figur 2.4](#).

I 2025 er udviklingsmålet opnået for alle afdelinger og alle regioner. Opgjort efter bopælsregion i 2025 er 30-dages overlevelsen for alle regioner på 99% eller derover. Alle regioner ligger således på eller over det vedtagne udviklingsmål [Tabel 2.2](#).

Trendgrafen viser nogen variation over tid frem mod 2025 for alle regioner. For perioden 2022-2025 er Region Syddanmark og Region Midtjylland næsten status quo, mens faldet i Region Sjælland fra 2021-2024 er brudt med en stigning i 2025. Udsving fra år til år er små, på omkring 1-2 procentpoint, og vurderes forenelige med tilfældig variation over tid. Der ses ikke tegn til systematisk afvigelse i negativ retning. For Region Sjælland er den nedadgående trend i 2025 vendt til en positiv udvikling [Tabel 2.1](#) [Figur 2.4](#).

Diskussion og implikation

De sidste næsten 20 års opadgående kurver for overlevelse 30 dage efter operation er meget glædelig. Indikatoren har dog nu nået et niveau så tæt på 100%, at vi sammenligner tal på decimaler, og dette år ses konvergerende grafer med resultater $\geq 99\%$. De små forskelle, vi ser mellem regionerne i et givent år, samt de udsving, der er for hver enkelt region fra år til år, kan være udtryk for tilfældig variation. Man kan derfor diskutere, om indikatoren har opfyldt sit mål; om kvaliteten nu er højnet til et niveau, hvor yderligere udvikling næppe vil være muligt.

Indikatoren har dog fortsat sin berettigelse i, at den både er et mål for kvaliteten af den kirurgiske intervention, men også for udvælgelsen af de patienter, vi vælger at operere. Det skal her nævnes, at data ikke er justerede, hvorfor et kirurgisk center, som opererer flere patienter med højere komorbiditet eller ringere Performance Status (PS), vil kunne tænkes at have en lavere overlevelseshastighed. Det er derfor vigtigt at huske, at vi har med en alvorlig og dødelig kræftsygdom at gøre; at efterstræbe 100% overlevelse vil kun kunne opfyldes, hvis vi sorterer de skrøbeligste patienter fra (dvs. vælger anden behandling end resektion, fx til patienter med PS = 2). For stærkt fokus på udvikling af indikatoropfyldelsen vil således medføre en risiko for, at vi nægter relevante patienter den bedste behandling. Det er vigtigt for DLCCG at understrege, at fokus bør være den enkelte patient og dennes individuelle ønsker, og ikke blot højnelse af en indikator for et center.

Indikatoren er dog fortsat et vigtigt fokuspunkt for de thoraxkirurgiske afdelinger, og den høje kvalitet opretholdes dels ved løbende opgørelser, dels ved audits på afdelingerne. Indikatoren har derfor fortsat sin berettigelse som et mål for kvaliteten af den kirurgiske behandling af lungecancer.

Vurdering af indikatoren

Idet udsving af resultaterne på 1-2 procentpoint vil kunne betragtes som udtryk for tilfældig variation, har DLCCG's bestyrelse ved national audit besluttet bibeholde denne indikator som en kritisk mindstemåls kvalitetsindikator. Udviklingsmålet skal derfor betragtes som et mindstemål.

Indikator III - Stadieklassifikation

Indikatoren opgør i hvilken udstrækning, der er overensstemmelse mellem den stadieklassifikation, der er foretaget for den enkelte patient i forbindelse med operativ indsats, versus stadieklassificeringen ved den forudgående udredning.

Korrekt stadieklassifikation ved udredning er et kvalitetskritisk målepunkt i patientforløbet, fordi det er afgørende for beslutning om efterfølgende behandling. Der tilstræbes maksimal overensstemmelse med et udviklingsmål på $\geq 94\%$.

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

Indikatoren opgøres stratificeret for udredende sygehus og region for udredende sygehus.

Indikator III er opgjort i henhold til Version 9 af UICC's TNM klassifikation, som blev implementeret i klinisk praksis på de lungemedicinske afdelinger og i DLCR per 01/01/2025.

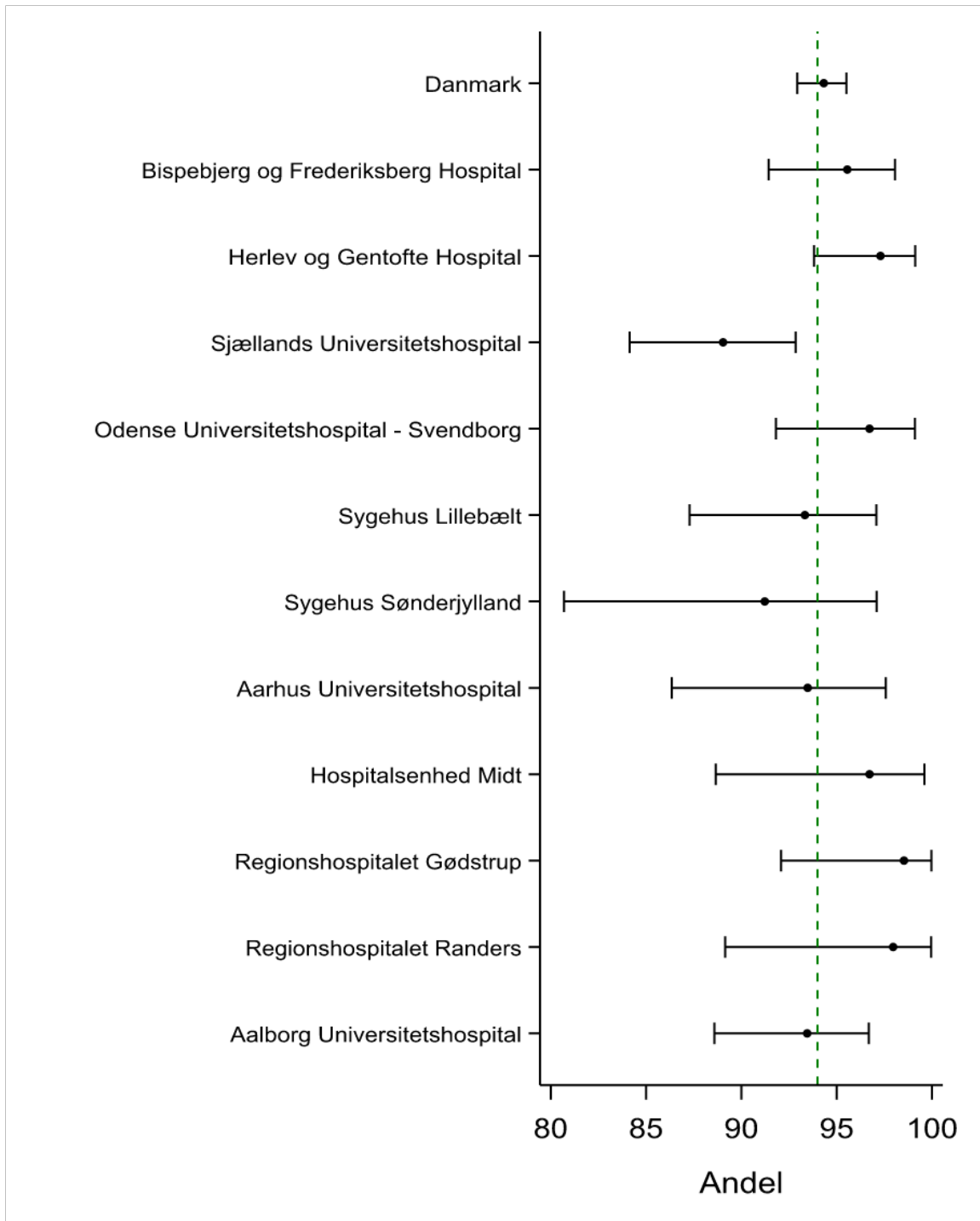
Det aktuelt vedtagne udviklingsmål er $\geq 94\%$, og er vedtaget som et mindstemål for cTNM/pTNM overensstemmelse.

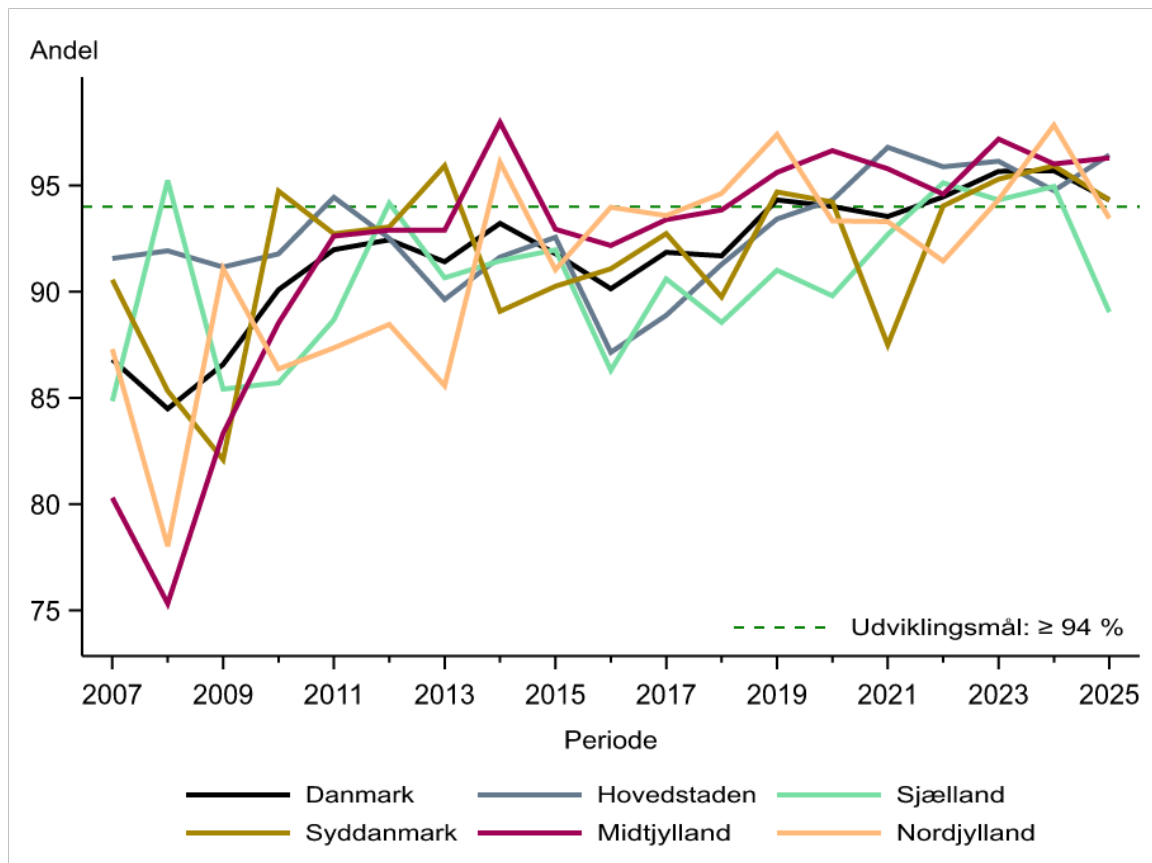
For en mere specifik beskrivelse af beregningsalgoritme for cTNM/pTNM overensstemmelse henvises til DLCR Årsrapport 2024 på www.lungecancer.dk

Tabel 3.1 - Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, efter udredende afdeling

	Udviklingsmål ≥ 94% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år			
			Andel	95% CI	2024		2023	2022
					Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.246 / 1.321	94,3	(92,9-95,5)	1.156 / 1.208	95,7	95,7	94,5
Hovedstaden	Ja	352 / 365	96,4	(94,0-98,1)	289 / 305	94,8	96,1	95,9
Sjælland	Nej	195 / 219	89,0	(84,1-92,9)	207 / 218	95,0	94,3	95,1
Syddanmark	Ja	282 / 299	94,3	(91,1-96,7)	259 / 270	95,9	95,3	94,0
Midtjylland	Ja	260 / 270	96,3	(93,3-98,2)	265 / 276	96,0	97,2	94,6
Nordjylland	Nej	157 / 168	93,5	(88,6-96,7)	136 / 139	97,8	94,3	91,4
Hovedstaden	Ja	352 / 365	96,4	(94,0-98,1)	289 / 305	94,8	96,1	95,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	172 / 180	95,6	(91,4-98,1)	162 / 172	94,2	98,2	96,6
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	180 / 185	97,3	(93,8-99,1)	127 / 133	95,5	93,7	95,2
Sjælland	Nej	195 / 219	89,0	(84,1-92,9)	207 / 218	95,0	94,3	95,1
Sjællands Universitetshospital	Nej	195 / 219	89,0	(84,1-92,9)	207 / 218	95,0	94,3	95,1
Syddanmark	Ja	282 / 299	94,3	(91,1-96,7)	259 / 270	95,9	95,3	94,0
Odense Universitetshospital - Svendborg	Ja	118 / 122	96,7	(91,8-99,1)	79 / 85	92,9	93,8	93,1
Sygehus Lillebælt	Nej	112 / 120	93,3	(87,3-97,1)	127 / 131	96,9	96,9	96,9
Sygehus Sønderjylland	Nej	52 / 57	91,2	(80,7-97,1)	53 / 54	98,1	95,1	88,6
Midtjylland	Ja	260 / 270	96,3	(93,3-98,2)	265 / 276	96,0	97,2	94,6
Aarhus Universitetshospital	Nej	86 / 92	93,5	(86,3-97,6)	97 / 100	97,0	98,3	95,0
Hospitalsenhed Midt	Ja	59 / 61	96,7	(88,7-99,6)	46 / 48	95,8	93,4	94,2
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	67 / 68	98,5	(92,1-100,0)	55 / 59	93,2	96,7	93,8
Regionshospitalet Randers	Ja	48 / 49	98,0	(89,1-99,9)	67 / 69	97,1	100,0	95,3
Nordjylland	Nej	157 / 168	93,5	(88,6-96,7)	136 / 139	97,8	94,3	91,4
Aalborg Universitetshospital	Nej	157 / 168	93,5	(88,6-96,7)	136 / 139	97,8	94,3	91,4

Figur 3.2 - Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, efter udredende afdeling



Figur 3.3 - Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, efter udredende region

Indikator III - Trend graf for udvikling over tid, 2007-2025

Datagrundlag og metode

Nævnnerpopulationen for 2025 udgøres af 1321 patienter med første operationsdato i 2025 og kendt cTNM og pTNM. Patienter, hvor der er overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100%, og datagrundlaget på afdelingsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse. Bemærk, at udsving i indikatorandele for hospitaler med under 100 patientforløb i datagrundlaget bør fortolkes med et vist forbehold.

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 94\%$ opnået med en andel på 94,3%, 95%CI (92,9%-95,5%). Nationalt har andelen af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM været næsten status quo fra 94,5% i 2022 til 94,3% i 2025 [Tabel 3.1](#) [Figur 3.3](#).

På regionsniveau i 2025 opnår Region Sjælland og Region Nordjylland ikke udviklingsmålet. Andelen af patienter med cTNM/pTNM overensstemmelse varierer i 2025 fra 89,0% i Region Sjælland til 96,4% i Region Hovedstaden.

På afdelingsniveau i 2025 ligger alle afdelinger, på nær Sjællands Universitetshospital, over eller meget tæt på det vedtagne udviklingsmål på $\geq 94\%$. Andelen af patienter med cTNM/pTNM overensstemmelse varierer i 2025 fra 89,0% ved Sjællands Universitetshospital til 98,5% ved Regionshospitalet Gødstrup, hvor datagrundlaget er blandt de laveste med $n=68$ patientforløb [Tabel 3.1](#).

Trendgrafen viser nogen variation over tid for alle regioner frem mod 2025, og desuden regionale forskelle i cTNM/pTNM overensstemmelse. Generelt er udviklingen positiv med stigende trend, hvor alle fem regioner frem mod 2024 konvergerer til et ensartet niveau på over $\geq 94\%$, hvorefter der sker et fald for Region Sjælland og Region Nordjylland. De regionale udsving vurderes forenelige med tilfældig variation, men den nedadgående trend for Region Sjælland og Region Nordjylland bør bemærkes [Figur 3.3](#).

Diskussion og implikation

Indikatoren er et udtryk for kvaliteten af den kliniske udredning sammenholdt med det postoperative, patologiske stadie. Den kliniske stadieinddeling danner grundlag for behandlingsvalget og er dermed helt afgørende for, at den enkelte patient tilbydes den korrekte behandling. Indikatoren er et vigtigt redskab til løbende at monitorere udredningskvaliteten på tværs af landets afdelinger samt til kvalitetsvurdering internt på egen afdeling. DLCG's bestyrelse opfordrer derfor de enkelte afdelinger til årligt at gennemføre en lokal audit af de patientforløb, hvor der ikke var overensstemmelse mellem cTNM og pTNM. Det bemærkes i øvrigt at indikatoren er afhængig af hvor mange lymfeknuder der udtages og undersøges i forbindelse med operation, hvilket varierer mellem de fire thoraxkirurgiske afdelinger.

Resultaterne for de enkelte afdelinger samler sig generelt omkring det fastsatte udviklingsmål, hvilket vidner om en ensartet høj kvalitet i udredningen. Den observerede år-til-år variation kan i høj grad tilskrives det relativt lille patientgrundlag på flere afdelinger, hvor ganske få patientforløb kan forårsage betydelige procentuelle udsving.

Vurdering af indikatoren

DLCG's bestyrelse har ved national audit besluttet at bibeholde denne indikator som en kritisk mindstemåls-kvalitetsindikator. Udviklingsmålet skal derfor betragtes som et mindstemål, og DLCG's bestyrelse vurderer, at udviklingsmålet fremadrettet bør fastholdes på $\geq 94\%$.

Indikator IV - Resektionsrate

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

Resektion er et kvalitetskritisk målepunkt i patientforløbet, fordi resektion for primær lungecancer er forbundet med bedre prognose. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet at det er muligt at tilbyde kurativ intenderet kirurgisk behandling.

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

Det vedtagne udviklingsmål er $\geq 26\%$.

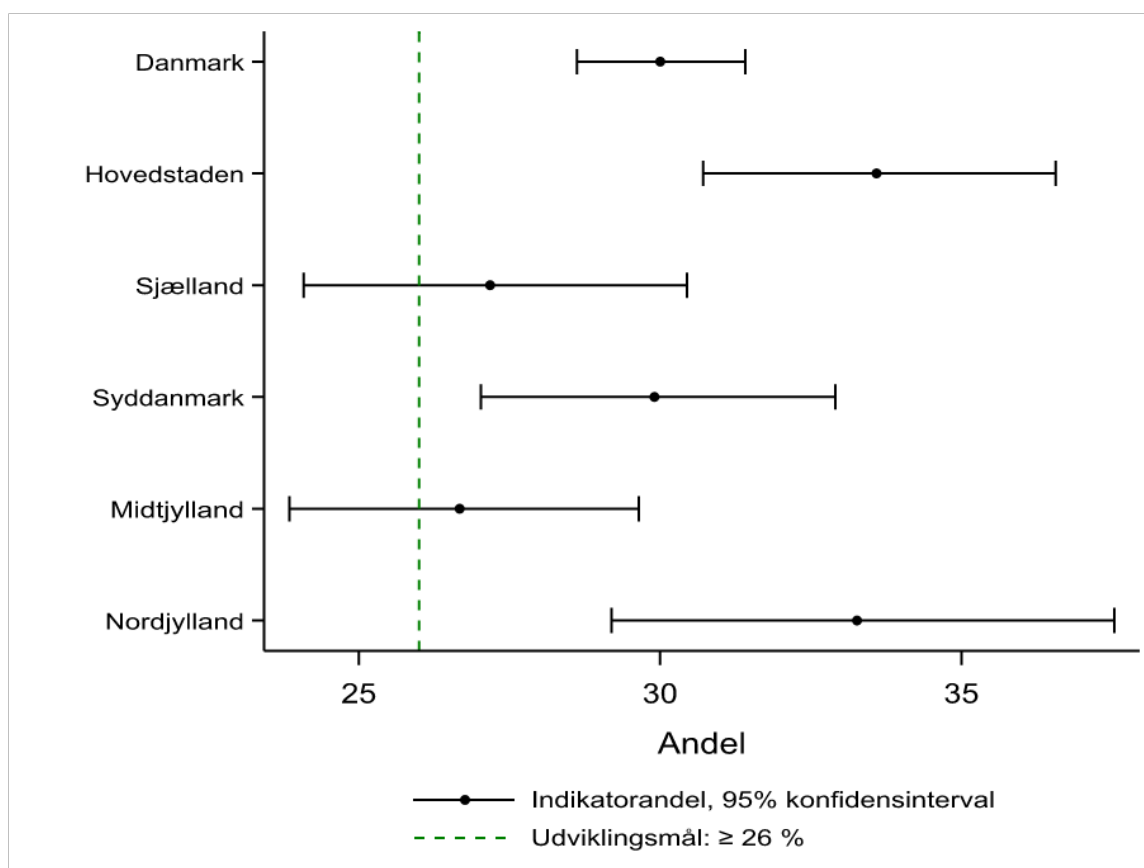
Indikatoren stratificeres for patientens bopælsregion ved diagnose.

Tabel 4.1 - Andel af patienter med ikke småcellet lungekræft (NSCLC), hvor der er foretaget resektion, efter bopælsregion

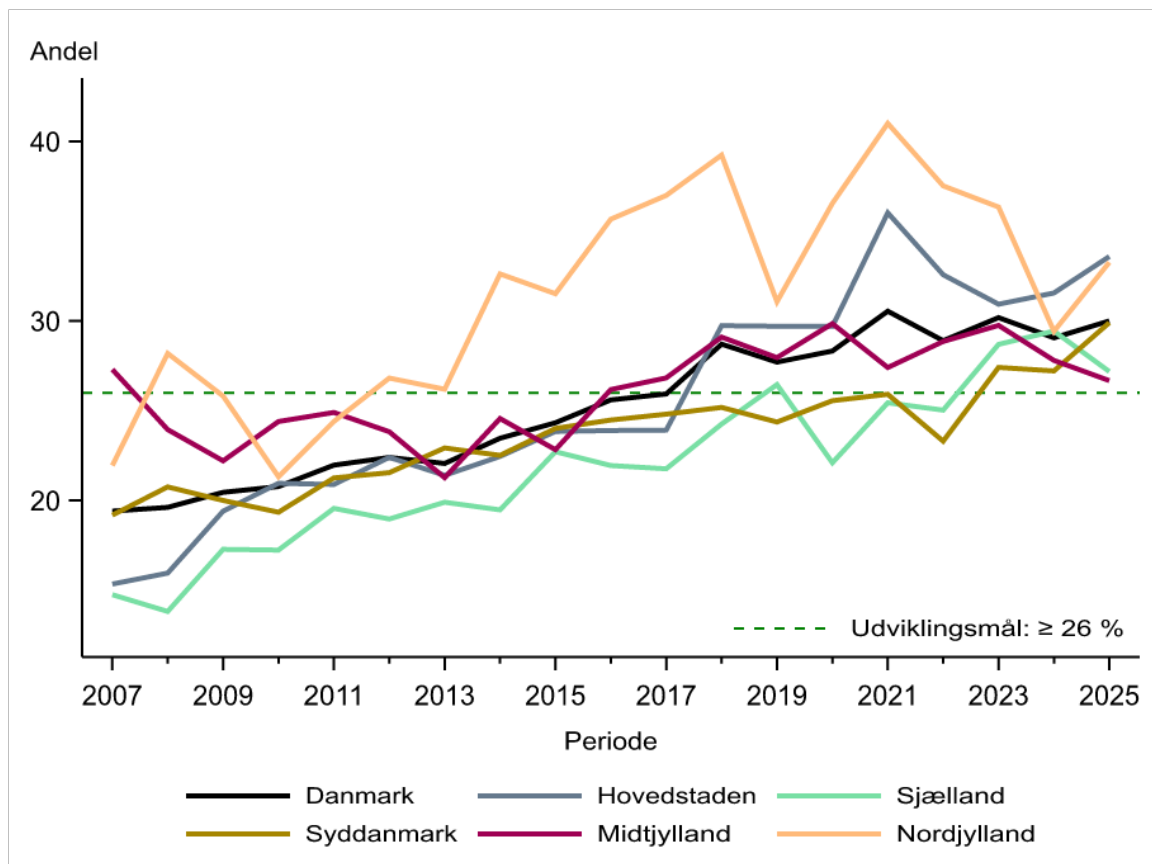
	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 26\%$	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023	2022	
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	
Danmark	Ja	1.264 / 4.213	30,0	(28,6-31,4)	1.199 / 4.126	29,1	30,2	28,9
Hovedstaden	Ja	347 / 1.033	33,6	(30,7-36,6)	314 / 995	31,6	30,9	32,6
Sjælland	Ja	212 / 780	27,2	(24,1-30,4)	224 / 761	29,4	28,7	25,0
Syddanmark	Ja	288 / 963	29,9	(27,0-32,9)	255 / 937	27,2	27,4	23,3
Midtjylland	Ja	247 / 926	26,7	(23,8-29,6)	268 / 964	27,8	29,8	28,9
Nordjylland	Ja	170 / 511	33,3	(29,2-37,5)	138 / 469	29,4	36,3	37,5

Indikator IV - Indikator tabel, 2022-2025

Figur 4.2 - Andel af patienter med ikke småcellet lungekræft (NSCLC), hvor der er foretaget resektion, efter bopælsregion



Figur 4.3 - Andel af patienter med ikke småcellet lungekræft (NSCLC), hvor der er foretaget resektion, efter bopælsregion



Indikator IV - Trend graf for udvikling over tid, 2007-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for 2025 udgøres af 4213 NSCLC-patienter med diagnosedato i 2025 og kendt bopælsregion ved diagnose. Patienter, der modtager resektion opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100%, og datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse.

Resultater

På landsplan ved opgørelse i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 26\%$ opnået med en andel på 30%, 95%CI (28,6%-31,4%). På landsplan har andelen af NSCLC-patienter, hvor der foretages resektion (resektionsraten) været stigende på niveau over det vedtagne udviklingsmål fra 2018 og frem til 2021, efterfulgt af stagnation med mindre udsving fra 2022 til 2025 [Tabel 4.1](#) [Figur 4.3](#). Det skal bemærkes, at det nationale estimat for resektionsraten er påvirket af den underliggende variation mellem regionerne.

I 2025 er udviklingsmålet opnået for alle regioner, som det også sås i de foregående 2 år. Trendgrafen viser fortsat en positiv udvikling med stigende resektionsrate. Den tidligere store variation mellem regionerne frem mod diagnoseår 2021 ses nu aftagende og graferne konvergerer. Resektionsraten varierer i 2025 fra 26,7% i Region Midtjylland til 33,6% i Region Hovedstaden, dvs. en regional spredning i resektionsraten på omkring 7 procentpoint. Denne variation skal ses i lyset af det samtidige onkologisk kurative intenderede behandlingstilbud, som kan have betydning for antallet af patienter, som behandles med resektion [Tabel 4.1](#) [Figur 4.3](#).

Diskussion og implikation

Indikatoren er opfyldt i alle regioner, og den tidligere markante regionale spredning er nu mindsket. Særligt ses det, at resektionsraten i Region Nordjylland er faldet til et niveau svarende til Region Hovedstadens. Dette afspejler formentlig en øget implementering af kurativt intenderet onkologisk behandling (stereotaktisk stråleterapi) som et alternativ til kirurgi.

Resektion betragtes fortsat som den primære behandling, når sygdomsstadiet tillader det, og patienten er medicinsk operabel. Der findes dog ikke én universelt 'korrekt' resektionsrate, da det optimale niveau altid vil afhænge af den lokale populations stadiefordeling og komorbiditet. Den resterende variation mellem regionerne skal derfor tolkes i sammenhæng med den samlede rate for kurative tilbud og afspejler legitime forskelle i den kliniske prioritering af behandlingsmodaliteter. Det drøftes i DLCCG's bestyrelse hvordan sub-analyser af indikatoren kan afdække de årsager, der ligger til grund for den regionale variation. I den forbindelse er der udarbejdet en oversigtstabel visende distribution af alder, køn, komorbiditet, stadie og performance status for de udredende afdelingers population i 2025 [Tabel 4.4](#).

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er knyttet til de kliniske retningslinjer for udredning og for kirurgisk behandling af patienter med lungekræft. I udgangspunktet betragtes resection af NSCLC som den bedste behandling, når de rette kriterier er opfyldt, hvorfor resektionsraten fortsat er en kvalitetskritisk klinisk måleparameter.

Der vurderes ikke på nuværende tidspunkt at være grundlag for at sætte indikatorens udviklingsmål højere end den aktuelle værdi, selvom der på landsplan ses en langsomt stigende trend.

Beskrivelse af patientpopulationen i 2025

Tabel 4.4 - Oversigtstabel - Patientpopulation 2025

Population, 2025	Aalborg	Gødstrup	Midt	Randers	Aarhus	Lillebælt	Sønderjylland	Odense	Roskilde	Gentofte	Bispebjerg	Total
Population	622 (100 %)	263 (100 %)	200 (100 %)	218 (100 %)	450 (100 %)	506 (100 %)	248 (100 %)	484 (100 %)	938 (100 %)	602 (100 %)	633 (100 %)	5.164 (100 %)
Alder												
<50	5 (0,8 %)		3 (1,5 %)	#	9 (2,0 %)	5 (1,0 %)	6 (2,4 %)	11 (2,3 %)	6 (0,6 %)	16 (2,7 %)	21 (3,3 %)	84 (1,6 %)
50-59	60 (9,6 %)	17 (6,5 %)	19 (9,5 %)	20 (9,2 %)	31 (6,9 %)	37 (7,3 %)	15 (6,0 %)	36 (7,4 %)	70 (7,5 %)	48 (8,0 %)	52 (8,2 %)	405 (7,8 %)
60-69	166 (26,7 %)	73 (27,8 %)	55 (27,5 %)	64 (29,4 %)	117 (26,0 %)	107 (21,1 %)	72 (29,0 %)	136 (28,1 %)	270 (28,8 %)	131 (21,8 %)	159 (25,1 %)	1.350 (26,1 %)
70-79	276 (44,4 %)	113 (43,0 %)	84 (42,0 %)	87 (39,9 %)	196 (43,6 %)	228 (45,1 %)	103 (41,5 %)	198 (40,9 %)	378 (40,3 %)	259 (43,0 %)	271 (42,8 %)	2.193 (42,5 %)
80+	115 (18,5 %)	60 (22,8 %)	39 (19,5 %)	45 (20,6 %)	97 (21,6 %)	129 (25,5 %)	52 (21,0 %)	103 (21,3 %)	214 (22,8 %)	148 (24,6 %)	130 (20,5 %)	1.132 (21,9 %)
Køn												
Mænd	264 (42,4 %)	124 (47,1 %)	85 (42,5 %)	93 (42,7 %)	205 (45,6 %)	271 (53,6 %)	121 (48,8 %)	232 (47,9 %)	417 (44,5 %)	255 (42,4 %)	288 (45,5 %)	2.355 (45,6 %)
Kvinder	358 (57,6 %)	139 (52,9 %)	115 (57,5 %)	125 (57,3 %)	245 (54,4 %)	235 (46,4 %)	127 (51,2 %)	252 (52,1 %)	521 (55,5 %)	347 (57,6 %)	345 (54,5 %)	2.809 (54,4 %)
Charlson Comorbidity Index												
0	277 (44,5 %)	120 (45,6 %)	83 (41,5 %)	112 (51,4 %)	189 (42,0 %)	188 (37,2 %)	93 (37,5 %)	175 (36,2 %)	373 (39,8 %)	267 (44,4 %)	255 (40,3 %)	2.132 (41,3 %)
1-2	236 (37,9 %)	94 (35,7 %)	84 (42,0 %)	70 (32,1 %)	174 (38,7 %)	191 (37,7 %)	86 (34,7 %)	187 (38,6 %)	374 (39,9 %)	222 (36,9 %)	246 (38,9 %)	1.964 (38,0 %)
3<	109 (17,5 %)	49 (18,6 %)	33 (16,5 %)	36 (16,5 %)	87 (19,3 %)	127 (25,1 %)	69 (27,8 %)	122 (25,2 %)	191 (20,4 %)	113 (18,8 %)	132 (20,9 %)	1.068 (20,7 %)
Patologi												
SCLC	88 (14,1 %)	30 (11,4 %)	21 (10,5 %)	19 (8,7 %)	61 (13,6 %)	70 (13,8 %)	29 (11,7 %)	65 (13,4 %)	133 (14,2 %)	43 (7,1 %)	71 (11,2 %)	630 (12,2 %)
NSCLC	513 (82,5 %)	212 (80,6 %)	168 (84,0 %)	185 (84,9 %)	358 (79,6 %)	399 (78,9 %)	198 (79,8 %)	370 (76,4 %)	778 (82,9 %)	507 (84,2 %)	533 (84,2 %)	4.221 (81,7 %)
Ingen data	21 (3,4 %)	21 (8,0 %)	11 (5,5 %)	14 (6,4 %)	31 (6,9 %)	37 (7,3 %)	21 (8,5 %)	49 (10,1 %)	27 (2,9 %)	52 (8,6 %)	29 (4,6 %)	313 (6,1 %)
Klinisk TNM												
IA	132 (21,2 %)	65 (24,7 %)	63 (31,5 %)	73 (33,5 %)	111 (24,7 %)	102 (20,2 %)	48 (19,4 %)	86 (17,8 %)	121 (12,9 %)	120 (19,9 %)	118 (18,6 %)	1.039 (20,1 %)
IB	109 (17,5 %)	11 (4,2 %)	7 (3,5 %)	6 (2,8 %)	20 (4,4 %)	34 (6,7 %)	12 (4,8 %)	27 (5,6 %)	107 (11,4 %)	74 (12,3 %)	94 (14,8 %)	501 (9,7 %)
IIA	14 (2,3 %)	9 (3,4 %)	3 (1,5 %)	3 (1,4 %)	10 (2,2 %)	8 (1,6 %)	9 (3,6 %)	6 (1,2 %)	21 (2,2 %)	6 (1,0 %)	14 (2,2 %)	103 (2,0 %)
IIB	31 (5,0 %)	25 (9,5 %)	18 (9,0 %)	13 (6,0 %)	34 (7,6 %)	46 (9,1 %)	19 (7,7 %)	38 (7,9 %)	80 (8,5 %)	46 (7,6 %)	29 (4,6 %)	379 (7,3 %)

Population, 2025	Aalborg	Gødstrup	Midt	Randers	Aarhus	Lillebælt	Sønderjylland	Odense	Roskilde	Gentofte	Bispebjerg	Total
IIIA	47 (7,6 %)	22 (8,4 %)	14 (7,0 %)	10 (4,6 %)	32 (7,1 %)	52 (10,3 %)	20 (8,1 %)	37 (7,6 %)	100 (10,7 %)	41 (6,8 %)	55 (8,7 %)	430 (8,3 %)
IIIB	25 (4,0 %)	17 (6,5 %)	10 (5,0 %)	9 (4,1 %)	21 (4,7 %)	32 (6,3 %)	19 (7,7 %)	40 (8,3 %)	54 (5,8 %)	30 (5,0 %)	37 (5,8 %)	294 (5,7 %)
IIIC	21 (3,4 %)	7 (2,7 %)	3 (1,5 %)	5 (2,3 %)	9 (2,0 %)	18 (3,6 %)	3 (1,2 %)	12 (2,5 %)	25 (2,7 %)	16 (2,7 %)	14 (2,2 %)	133 (2,6 %)
IVA	99 (15,9 %)	38 (14,4 %)	31 (15,5 %)	30 (13,8 %)	67 (14,9 %)	67 (13,2 %)	37 (14,9 %)	87 (18,0 %)	139 (14,8 %)	106 (17,6 %)	92 (14,5 %)	793 (15,4 %)
IVB	134 (21,5 %)	64 (24,3 %)	45 (22,5 %)	63 (28,9 %)	137 (30,4 %)	144 (28,5 %)	76 (30,6 %)	148 (30,6 %)	281 (30,0 %)	158 (26,2 %)	168 (26,5 %)	1.418 (27,5 %)
Uoplyst	10 (1,6 %)	5 (1,9 %)	6 (3,0 %)	6 (2,8 %)	9 (2,0 %)	3 (0,6 %)	5 (2,0 %)	3 (0,6 %)	10 (1,1 %)	5 (0,8 %)	12 (1,9 %)	74 (1,4 %)
Performance Status												
0: Fuldt aktiv, ingen indskrænknings	239 (38,6 %)	79 (30,2 %)	79 (40,1 %)	65 (30,5 %)	122 (27,2 %)	146 (28,9 %)	80 (32,7 %)	153 (31,9 %)	387 (41,3 %)	263 (44,1 %)	252 (40,2 %)	1.865 (36,4 %)
1: Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående	228 (36,8 %)	87 (33,2 %)	64 (32,5 %)	75 (35,2 %)	139 (31,0 %)	170 (33,7 %)	96 (39,2 %)	171 (35,6 %)	305 (32,6 %)	204 (34,2 %)	211 (33,7 %)	1.750 (34,1 %)
2: Oppegående og kan klare sig selv. Oppe og aktiv >50 % af dagtiden	99 (16,0 %)	55 (21,0 %)	29 (14,7 %)	40 (18,8 %)	121 (26,9 %)	110 (21,8 %)	32 (13,1 %)	78 (16,3 %)	129 (13,8 %)	63 (10,6 %)	107 (17,1 %)	863 (16,8 %)
3: I stand til at udføre den nødvendigste selvpleje, hvile i seng eller stol >50 % af dagtiden	39 (6,3 %)	25 (9,5 %)	20 (10,2 %)	18 (8,5 %)	52 (11,6 %)	51 (10,1 %)	17 (6,9 %)	45 (9,4 %)	36 (3,8 %)	50 (8,4 %)	43 (6,9 %)	396 (7,7 %)
4: Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare	5 (0,8 %)	11 (4,2 %)	#	13 (6,1 %)	12 (2,7 %)	18 (3,6 %)	11 (4,5 %)	19 (4,0 %)	11 (1,2 %)	15 (2,5 %)	11 (1,8 %)	127 (2,5 %)
5: Død	#	#	#	#	#	5 (1,0 %)	#	#	9 (1,0 %)	#	#	24 (0,5 %)
Ikke oplyst	8 (1,3 %)	5 (1,9 %)	#	#	#	5 (1,0 %)	8 (3,3 %)	12 (2,5 %)	59 (6,3 %)	#	3 (0,5 %)	105 (2,0 %)

Demografiske og behandlingsrelaterede karakteristika for populationen af lungekræftpatienter med diagnose i 2025.

Indikator VII - Onkologisk behandling, NSCLC patienter i klinisk stadie IV

Data i DLCR viser, at omkring 20% af alle lungekræftpatienter ikke modtager eller ikke er registreret som havende modtaget nogen form for aktiv medicinsk terapi (medicinsk onkologisk behandling og/eller targeteret-/immunoterapi), stråleterapi eller operation. En stor del af disse patienter er diagnosticeret med klinisk stadium IV sygdom. Der er god evidens for, at aktiv onkologisk behandling (medicinsk terapi (medicinsk onkologisk behandling og / eller targeteret-/immunoterapi) eller strålebehandling) både giver livsforlængelse og bedre livskvalitet for en stor del af patienterne, også for patienter der diagnosticeres i klinisk stadium IV. Det er derfor betydende for den samlede nationale behandlingskvalitet, at der ikke er regionale eller lokale forskelle i behandlingsintensiteten.

Denne kvalitetsindikator opgør, hvorvidt NSCLC-patienter i klinisk stadie IV har modtaget aktiv onkologisk behandling (medicinsk onkologisk behandling og/eller targeteret-/immunoterapi eller stråleterapi) inden for det første år (365 dage) efter diagnosedatoen. Medicinsk onkologisk behandling og stråleterapi registreres via LPR-data.

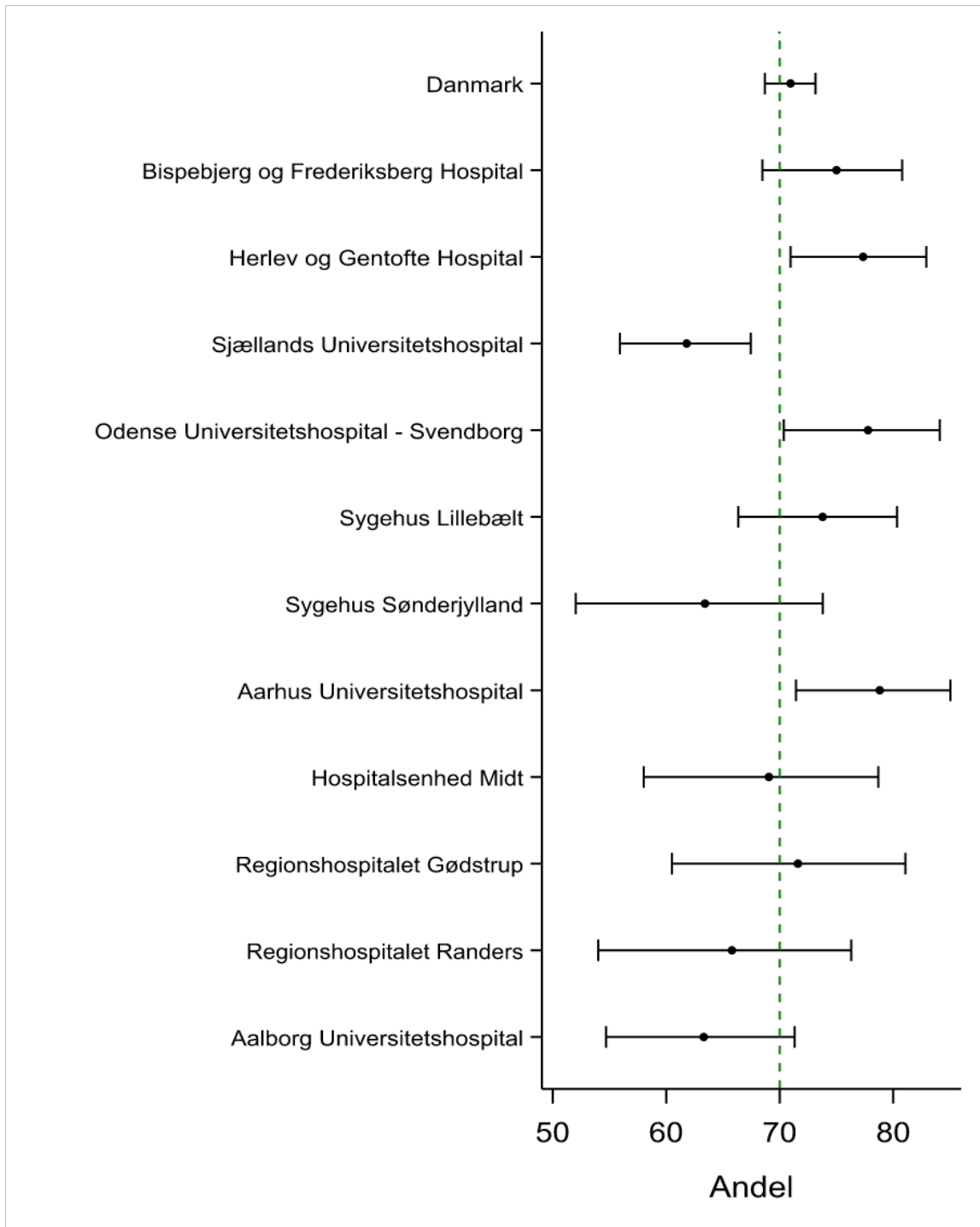
Indikatoren opgør, hvorvidt forløbet efter diagnosedato hos patienter i klinisk stadium IV indeholder registrering af, at patienten har modtaget mindst én behandling med medicinsk onkologisk behandling og/eller targeteret-/immunoterapi eller stråleterapi i perioden 0-365 dage efter diagnosedato. Starttidspunkt for opgørelse af indikatoren er således diagnosedatoen og sluttid for follow-up i forhold til onkologisk behandling er indtil 365 dage efter diagnosedatoen. Der betinges således på mindst 365 dages follow-up tid efter diagnose.

Tabel 5.1 - Andel af NSCLC patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato, efter udredende afdeling

	Udviklingsmål ≥ 70% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år			
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022	2021
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.153 / 1.625	71,0	(68,7-73,2)	1.187 / 1.635	72,6	73,3	73,7
Hovedstaden	Ja	310 / 407	76,2	(71,7-80,2)	322 / 427	75,4	79,7	77,3
Sjælland	Nej	178 / 288	61,8	(55,9-67,4)	200 / 295	67,8	66,6	68,7
Syddanmark	Ja	292 / 399	73,2	(68,5-77,5)	273 / 361	75,6	77,1	78,2
Midtjylland	Ja	285 / 392	72,7	(68,0-77,1)	273 / 377	72,4	72,6	74,8
Nordjylland	Nej	88 / 139	63,3	(54,7-71,3)	119 / 175	68,0	60,7	61,3
Hovedstaden	Ja	310 / 407	76,2	(71,7-80,2)	322 / 427	75,4	79,7	77,3
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	153 / 204	75,0	(68,5-80,8)	159 / 212	75,0	79,3	77,4
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	157 / 203	77,3	(71,0-82,9)	163 / 215	75,8	80,1	77,1
Sjælland	Nej	178 / 288	61,8	(55,9-67,4)	200 / 295	67,8	66,6	68,7
Sjællands Universitetshospital	Nej	178 / 288	61,8	(55,9-67,4)	200 / 295	67,8	66,6	68,7
Syddanmark	Ja	292 / 399	73,2	(68,5-77,5)	273 / 361	75,6	77,1	78,2
Odense Universitetshospital - Svendborg	Ja	119 / 153	77,8	(70,4-84,1)	94 / 121	77,7	78,8	78,5
Sygehus Lillebælt	Ja	121 / 164	73,8	(66,4-80,3)	131 / 175	74,9	75,4	77,6
Sygehus Sønderjylland	Nej	52 / 82	63,4	(52,0-73,8)	48 / 65	73,8	77,9	79,2
Midtjylland	Ja	285 / 392	72,7	(68,0-77,1)	273 / 377	72,4	72,6	74,8
Aarhus Universitetshospital	Ja	119 / 151	78,8	(71,4-85,0)	116 / 156	74,4	75,9	78,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	58 / 84	69,0	(58,0-78,7)	49 / 63	77,8	67,6	66,2
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	58 / 81	71,6	(60,5-81,1)	53 / 85	62,4	67,1	71,9
Regionshospitalet Randers	Nej	50 / 76	65,8	(54,0-76,3)	55 / 73	75,3	78,2	81,0
Nordjylland	Nej	88 / 139	63,3	(54,7-71,3)	119 / 175	68,0	60,7	61,3
Aalborg Universitetshospital	Nej	88 / 139	63,3	(54,7-71,3)	119 / 175	68,0	60,7	61,3

Indikator VII - Indikatortabel, 2021-2024

Figur 5.2 - Andel af NSCLC patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato, efter udredende afdeling



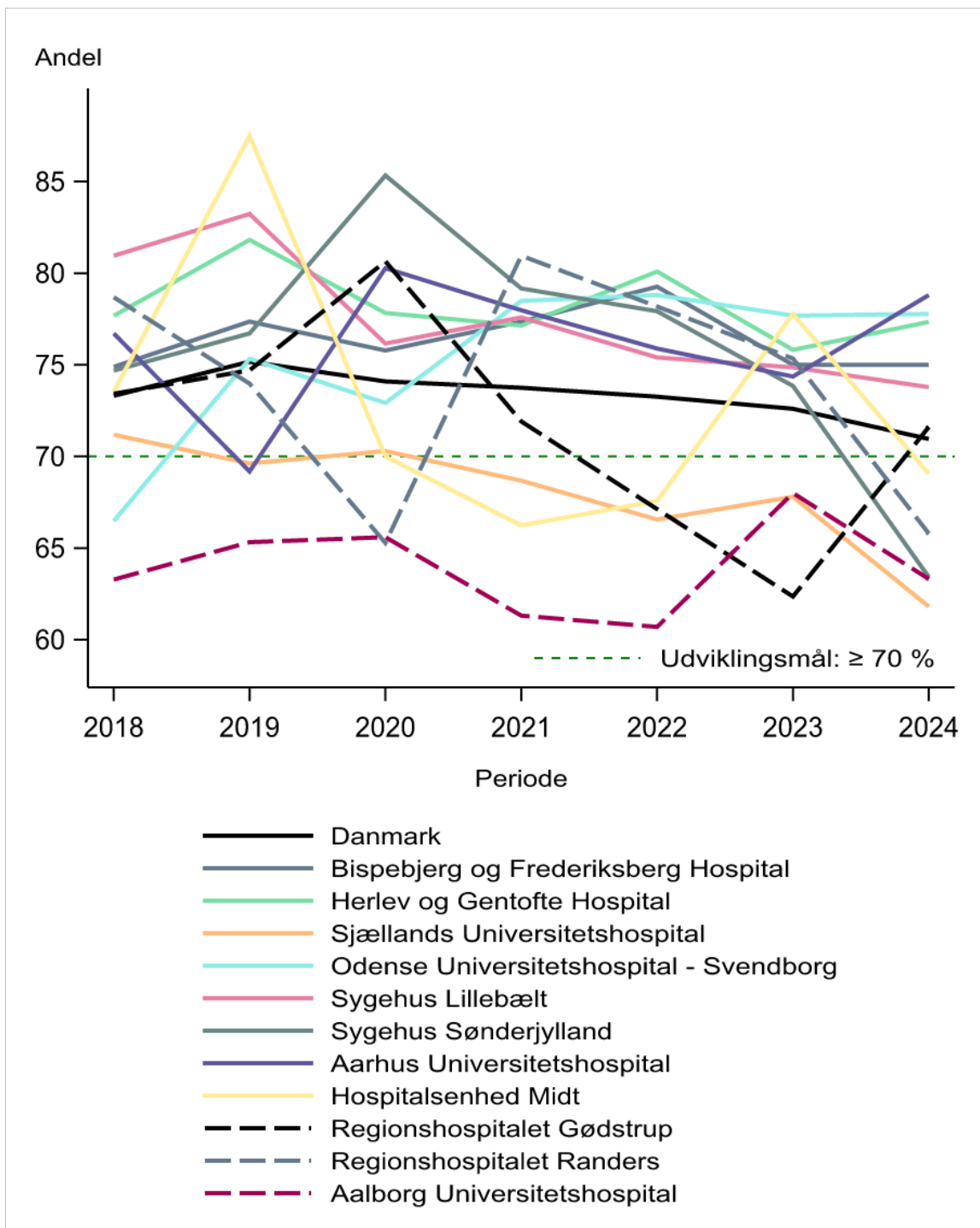
Tabel 5.3 - Andel af NSCLC patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato, efter bopælsregion

Udviklings mål	Tæller/nævner	Aktuelle år		Tidligere år				
		01.01.2024 - 31.12.2024	95% CI	2023	2022	2021		
≥ 70% opnået		Andel		Antal	Andel	Andel	Andel	
Danmark	Ja	1.153 / 1.625	71,0	(68,7-73,2)	1.187 / 1.635	72,6	73,3	73,7

	Udviklings mål		Aktuelle år		Tidligere år			
Hovedsta den	Ja	312 / 410	76,1	(71,7-80,1)	322 / 426	75,6	79,7	77,3
Sjælland	Nej	178 / 288	61,8	(55,9-67,4)	203 / 299	67,9	67,0	69,0
Syddanm ark	Ja	290 / 395	73,4	(68,8-77,7)	264 / 352	75,0	77,6	78,1
Midtjyllan d	Ja	284 / 392	72,4	(67,7-76,8)	278 / 381	73,0	72,3	75,0
Nordjylla nd	Nej	89 / 140	63,6	(55,0-71,5)	120 / 177	67,8	60,7	61,3

Indikator VII - Indikatortabel, 2021-2024

Figur 5.4 - Andel af NSCLC patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato, efter udredende afdeling



Indikator VII - Trendgraf for udvikling over tid, 2018-2024

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for opgørelse i 2025 udgøres af 1625 NSCLC-patienter i klinisk stadie IV med diagnosedato i 2024. Patienter, som modtager mindst én onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato (medicinsk behandling eller stråleterapi) opfylder tællerkriteriet. Datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse, men bemærk at estimater skal fortolkes med et vist forbehold for hospitaler med et datagrundlag på under 100 patientforløb [Tabel 5.1](#) [Figur 5.2](#).

Resultater

På landsplan for diagnoseår 2024 er det vedtagne udviklingsmål på $\geq 70\%$ opnået med en andel på 71%. Nationalt har andelen af NSCLC-patienter i klinisk stadie IV, som modtager onkologisk behandling inden for 365 dage efter diagnosedato, været let faldende, men på niveau over det vedtagne udviklingsmål, i hele perioden 2018-2024 [Tabel 5.1](#) og [Figur 5.4](#). Bemærk, at det nationale estimat er betydeligt påvirket af den underliggende variation mellem afdelinger.

På afdelingsniveau for diagnoseår 2024 opnår 5 ud af 11 afdelinger ikke det vedtagne udviklingsmål på $\geq 70\%$. Andelen for diagnoseår 2024 varierer mellem afdelinger med 17 procentpoint fra 61,8% ved Sjællands Universitetshospital til 78,8% ved Aarhus Universitetshospital [Tabel 5.1](#).

Trendgrafene viser betydelig spredning mellem afdelinger over hele opgørelsesperioden 2018-2024, hvor Aalborg Universitetshospital og Sjællands Universitetshospital ligger lavere, og under udviklingsmålet på $\geq 70\%$, end de øvrige afdelinger i perioden 2022-2024. Der ses betydelig variation over tid for de enkelte afdelinger frem mod diagnoseår 2024, uden en klar stigende eller faldende trend, på nær for Sjællands Universitetshospital og Sygehus Sønderjylland i nedadgående retning. Den observerede variation over tid vurderes forenelig med tilfældig variation, hvor små patientpopulationer også bør tages i betragtning ved fortolkning. Der ses ikke tegn til systematisk afvigelse i negativ retning, på nær for Sjællands Universitetshospital og Sygehus Sønderjylland [Figur 5.4](#).

På regionsniveau efter patientens bopæl ved diagnose er udviklingsmålet i 2024 ikke opnået for Region Sjælland og Region Nordjylland. Der ses spredning mellem regioner på omkring 15 procentpoint fra 61,8% i Region Sjælland til 76,1% i Region Hovedstaden [Tabel 5.3](#).

Diskussion og implikation

Det er positivt, at det vedtagne udviklingsmål på $\geq 70\%$ opnås på landsplan (71,0%), og at størstedelen af patienter med NSCLC i klinisk stadie IV således modtager livsforlængende onkologisk behandling eller stråleterapi i overensstemmelse med de kliniske anbefalinger. Dette niveau er fastholdt over en længere årrække. Det nationale gennemsnit dækker imidlertid over en markant og vedvarende spredning mellem både regioner (fra 61,8% i Region Sjælland til 76,1% i Region Hovedstaden) og enkelte afdelinger (fra 61,8% til 78,8%). Dette udgør et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til at sikre et ensartet behandlingstilbud nationalt. Behandlingsvalg ved dissemineret sygdom beror altid på en individuel og kompleks klinisk afvejning af forventet effekt over for risiko for bivirkninger, holdt op mod patientens egne præferencer. Det er nærliggende, at den observerede varians på 17 procentpoint mellem afdelingerne delvist kan tilskrives forskelle i patientsammensætningen (case-mix). Forskelle i lokal rygeprævalens, social demografi og generel helbredsstatus kan medføre, at nogle afdelinger modtager en større andel patienter med nedsat Performance Status, sværere komorbiditet eller højere alder, hvilket objektivt kan kontraindicere aktiv onkologisk behandling. For at fremme den fortsatte kvalitetsudvikling er der i år udarbejdet en oversigtstabel, som detaljeret beskriver fordelingen af alder, Performance Status, komorbiditet og sygdomsstadium for de enkelte udredende afdelingers populationer i 2024 [Tabel 5.5](#).

Desuden peger litteraturen på, at stor geografisk afstand til behandlingsstedet ved dissemineret kræftsygdom kan have indflydelse på patientens eget ønske om at modtage og gennemføre livsforlængende behandling. Denne faktor kan potentielt afspejles i resultaterne, idet det bemærkes, at de afdelinger, der aktuelt har den laveste behandlingsandel, generelt dækker optageområder med de største afstande til behandlingsstedet.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet er et udviklingsmål, som aktuelt vurderes at være fastsat på et passende niveau. Indikatoren bibeholdes i det officielle indikatorsæt, da andelen af patienter i klinisk stadie IV, der modtager livsforlængende behandling, er en afgørende og kvalitetskritisk parameter. For at nuancere opgørelsen yderligere afprøves sideløbende en ny test-indikator, som fremadrettet forventes at kunne supplere den nuværende.

For at få afklaret, i hvor høj grad den regionale variation reelt kan tilskrives forskelle i case-mix, har DLCC's bestyrelse besluttet at etablere en test-indikator. Denne indikator vil udelukkende inkludere patienter i stadium IV med en relativt god almentilstand, specifikt Performance Status 0-2. Test-indikatoren vil fungere som en afprøvning med henblik på at vurdere, om den med fordel kan implementeres permanent som et mere retvisende og nuanceret måleredskab i næste års årsrapport.

Beskrivelse af patientpopulationen i 2024

Tabel 5.5 - Oversigtstabel - Patientpopulation 2024

Population, 2024	Aalborg	Gødstrup	Midt	Randers	Aarhus	Lillebælt	Sønderjylland	Odense	Roskilde	Gentofte	Bispebjerg	Total
Population	560 (100 %)	265 (100 %)	224 (100 %)	244 (100 %)	404 (100 %)	522 (100 %)	245 (100 %)	458 (100 %)	920 (100 %)	539 (100 %)	622 (100 %)	5.003 (100 %)
Alder												
<50	6 (1,1 %)	4 (1,5 %)	5 (2,2 %)	6 (2,5 %)	8 (2,0 %)	7 (1,3 %)	3 (1,2 %)	3 (0,7 %)	21 (2,3 %)	10 (1,9 %)	9 (1,4 %)	82 (1,6 %)
50-59	61 (10,9 %)	18 (6,8 %)	16 (7,1 %)	27 (11,1 %)	34 (8,4 %)	45 (8,6 %)	16 (6,5 %)	30 (6,6 %)	65 (7,1 %)	42 (7,8 %)	51 (8,2 %)	405 (8,1 %)
60-69	162 (28,9 %)	70 (26,4 %)	71 (31,7 %)	68 (27,9 %)	100 (24,8 %)	162 (31,0 %)	68 (27,8 %)	114 (24,9 %)	244 (26,5 %)	126 (23,4 %)	181 (29,1 %)	1.366 (27,3 %)
70-79	237 (42,3 %)	120 (45,3 %)	85 (37,9 %)	106 (43,4 %)	184 (45,5 %)	217 (41,6 %)	111 (45,3 %)	202 (44,1 %)	392 (42,6 %)	239 (44,3 %)	258 (41,5 %)	2.151 (43,0 %)
80+	94 (16,8 %)	53 (20,0 %)	47 (21,0 %)	37 (15,2 %)	78 (19,3 %)	91 (17,4 %)	47 (19,2 %)	109 (23,8 %)	198 (21,5 %)	122 (22,6 %)	123 (19,8 %)	999 (20,0 %)
Køn												
Mænd	246 (43,9 %)	138 (52,1 %)	99 (44,2 %)	111 (45,5 %)	196 (48,5 %)	248 (47,5 %)	119 (48,6 %)	215 (46,9 %)	409 (44,5 %)	258 (47,9 %)	257 (41,3 %)	2.296 (45,9 %)
Kvinder	314 (56,1 %)	127 (47,9 %)	125 (55,8 %)	133 (54,5 %)	208 (51,5 %)	274 (52,5 %)	126 (51,4 %)	243 (53,1 %)	511 (55,5 %)	281 (52,1 %)	365 (58,7 %)	2.707 (54,1 %)
Charlson Comorbidity Index												
0	249 (44,5 %)	119 (44,9 %)	99 (44,2 %)	125 (51,2 %)	173 (42,8 %)	226 (43,3 %)	76 (31,0 %)	152 (33,2 %)	392 (42,6 %)	238 (44,2 %)	238 (38,3 %)	2.087 (41,7 %)
1-2	228 (40,7 %)	91 (34,3 %)	84 (37,5 %)	87 (35,7 %)	142 (35,1 %)	185 (35,4 %)	110 (44,9 %)	191 (41,7 %)	346 (37,6 %)	198 (36,7 %)	234 (37,6 %)	1.896 (37,9 %)
3<	83 (14,8 %)	55 (20,8 %)	41 (18,3 %)	32 (13,1 %)	89 (22,0 %)	111 (21,3 %)	59 (24,1 %)	115 (25,1 %)	182 (19,8 %)	103 (19,1 %)	150 (24,1 %)	1.020 (20,4 %)
Patologi												
SCLC	71 (12,7 %)	30 (11,3 %)	33 (14,7 %)	19 (7,8 %)	35 (8,7 %)	62 (11,9 %)	37 (15,1 %)	49 (10,7 %)	119 (12,9 %)	45 (8,3 %)	64 (10,3 %)	564 (11,3 %)
NSCLC	468 (83,6 %)	219 (82,6 %)	175 (78,1 %)	211 (86,5 %)	352 (87,1 %)	419 (80,3 %)	190 (77,6 %)	341 (74,5 %)	762 (82,8 %)	463 (85,9 %)	537 (86,3 %)	4.137 (82,7 %)
Ingen data	21 (3,8 %)	16 (6,0 %)	16 (7,1 %)	14 (5,7 %)	17 (4,2 %)	41 (7,9 %)	18 (7,3 %)	68 (14,8 %)	39 (4,2 %)	31 (5,8 %)	21 (3,4 %)	302 (6,0 %)
Klinisk TNM												
IA	91 (16,3 %)	70 (26,4 %)	43 (19,2 %)	64 (26,2 %)	101 (25,0 %)	107 (20,5 %)	42 (17,1 %)	80 (17,5 %)	138 (15,0 %)	86 (16,0 %)	117 (18,8 %)	939 (18,8 %)
IB	118 (21,1 %)	6 (2,3 %)	7 (3,1 %)	8 (3,3 %)	20 (5,0 %)	24 (4,6 %)	10 (4,1 %)	31 (6,8 %)	99 (10,8 %)	63 (11,7 %)	76 (12,2 %)	462 (9,2 %)
IIA	8 (1,4 %)	7 (2,6 %)	#	3 (1,2 %)	6 (1,5 %)	10 (1,9 %)	#	6 (1,3 %)	28 (3,0 %)	13 (2,4 %)	14 (2,3 %)	99 (2,0 %)
IIB	31 (5,5 %)	29 (10,9 %)	15 (6,7 %)	24 (9,8 %)	25 (6,2 %)	44 (8,4 %)	25 (10,2 %)	42 (9,2 %)	74 (8,0 %)	39 (7,2 %)	40 (6,4 %)	388 (7,8 %)
IIIA	43 (7,7 %)	18 (6,8 %)	27 (12,1 %)	22 (9,0 %)	34 (8,4 %)	61 (11,7 %)	17 (6,9 %)	28 (6,1 %)	74 (8,0 %)	41 (7,6 %)	63 (10,1 %)	428 (8,6 %)

Population, 2024	Aalborg	Gødstrup	Midt	Randers	Aarhus	Lillebælt	Sønderjylland	Odense	Roskilde	Gentofte	Bispebjerg	Total
IIIB	31 (5,5 %)	15 (5,7 %)	6 (2,7 %)	13 (5,3 %)	21 (5,2 %)	27 (5,2 %)	19 (7,8 %)	20 (4,4 %)	57 (6,2 %)	21 (3,9 %)	27 (4,3 %)	257 (5,1 %)
IIIC	19 (3,4 %)	6 (2,3 %)	5 (2,2 %)	5 (2,0 %)	7 (1,7 %)	25 (4,8 %)	5 (2,0 %)	11 (2,4 %)	34 (3,7 %)	11 (2,0 %)	15 (2,4 %)	143 (2,9 %)
IVA	70 (12,5 %)	36 (13,6 %)	42 (18,8 %)	34 (13,9 %)	60 (14,9 %)	84 (16,1 %)	42 (17,1 %)	76 (16,6 %)	167 (18,2 %)	113 (21,0 %)	95 (15,3 %)	819 (16,4 %)
IVB	132 (23,6 %)	76 (28,7 %)	72 (32,1 %)	59 (24,2 %)	124 (30,7 %)	136 (26,1 %)	73 (29,8 %)	154 (33,6 %)	225 (24,5 %)	143 (26,5 %)	163 (26,2 %)	1.357 (27,1 %)
Uoplyst	17 (3,0 %)	#	5 (2,2 %)	12 (4,9 %)	6 (1,5 %)	4 (0,8 %)	10 (4,1 %)	10 (2,2 %)	24 (2,6 %)	9 (1,7 %)	12 (1,9 %)	111 (2,2 %)
Performance Status												
0: Fuldt aktiv, ingen indskrænknings	194 (34,6 %)	90 (34,0 %)	80 (36,2 %)	78 (32,9 %)	113 (28,0 %)	143 (27,6 %)	72 (29,6 %)	103 (22,7 %)	355 (38,8 %)	233 (43,2 %)	270 (43,4 %)	1.731 (34,8 %)
1: Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående	184 (32,9 %)	80 (30,2 %)	70 (31,7 %)	101 (42,6 %)	120 (29,7 %)	182 (35,1 %)	93 (38,3 %)	142 (31,3 %)	264 (28,8 %)	161 (29,9 %)	213 (34,2 %)	1.610 (32,3 %)
2: Oppegående og kan klare sig selv. Oppe og aktiv >50 % af dagtiden	115 (20,5 %)	59 (22,3 %)	41 (18,6 %)	38 (16,0 %)	105 (26,0 %)	105 (20,2 %)	37 (15,2 %)	115 (25,3 %)	111 (12,1 %)	84 (15,6 %)	88 (14,1 %)	898 (18,0 %)
3: I stand til at udføre den nødvendigste selvpleje, hvile i seng eller stol >50 % af dagtiden	43 (7,7 %)	22 (8,3 %)	22 (10,0 %)	14 (5,9 %)	47 (11,6 %)	57 (11,0 %)	25 (10,3 %)	53 (11,7 %)	45 (4,9 %)	39 (7,2 %)	39 (6,3 %)	406 (8,2 %)
4: Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare	10 (1,8 %)	14 (5,3 %)	4 (1,8 %)	5 (2,1 %)	18 (4,5 %)	19 (3,7 %)	9 (3,7 %)	18 (4,0 %)	10 (1,1 %)	14 (2,6 %)	8 (1,3 %)	129 (2,6 %)
5: Død	#		#	#		7 (1,3 %)	3 (1,2 %)	8 (1,8 %)	30 (3,3 %)		#	52 (1,0 %)
Ikke oplyst	13 (2,3 %)		3 (1,4 %)			#	6 (1,2 %)	4 (1,6 %)	15 (3,3 %)	8 (1,5 %)	3 (0,5 %)	154 (3,1 %)

Demografiske og behandlingsrelaterede karakteristika for populationen af lungekræftpatienter med diagnose i 2024.

Indikator VIIIa - Kurativt int. behandling, NSCLC stadie I+II (kir/onk)

Indikatorområdet VIII måler hvorvidt der er foretaget kirurgisk eller onkologisk kurativ intenderet behandling, baseret på klinisk indberetning af onkologisk behandlingsintention.

Definition af kurativ intenderet behandling:

- **Kirurgi:** Der skal være foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb).
- **Onkologi:** I DLCR-TOPICA skal der på onkologi-formularen for den onkologiske behandling være angivet, at patienten har modtaget "Kurativ behandling" og at "Behandling gennemført som planlagt = JA".

Kurativt intenderet behandling er et kvalitetskritisk målepunkt i patientforløbet, fordi der er tæt relation mellem den givne behandling og prognosen. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet, at det er muligt at tilbyde kurativ intenderet behandling.

Nævnerpopulationen i Indikatorområdet VIII inkluderer subpopulationen af patienter med ikke-småcellet lungekræft (NSCLC) i klinisk TNM-stadie I og II. Der etableres tre indikatorer, svarende til opgørelse for tre forskellige tællerkræfter:

- **Indikator VIIIa:** Resektion eller onkologi, samlet population; Udviklingsmål $\geq 90\%$
- **Indikator VIIIb:** Resektion alene; Udviklingsmål $\geq 60\%$
- **Indikator VIIIc:** Onkologi alene; Udviklingsmål $\geq 30\%$

I opgørelsen af indikatorerne inkluderes patienter efter diagnoseår. Indikatorerne opgøres fra 1. januar 2023 og frem på grund af overgang til manuel registrering af behandlingsintention for den onkologiske behandling per 1. januar 2023 i DLCR-TOPICA. Indikatorerne kan således kun opgøres for perioden 2023-2025 i DLCR Årsrapport 2025.

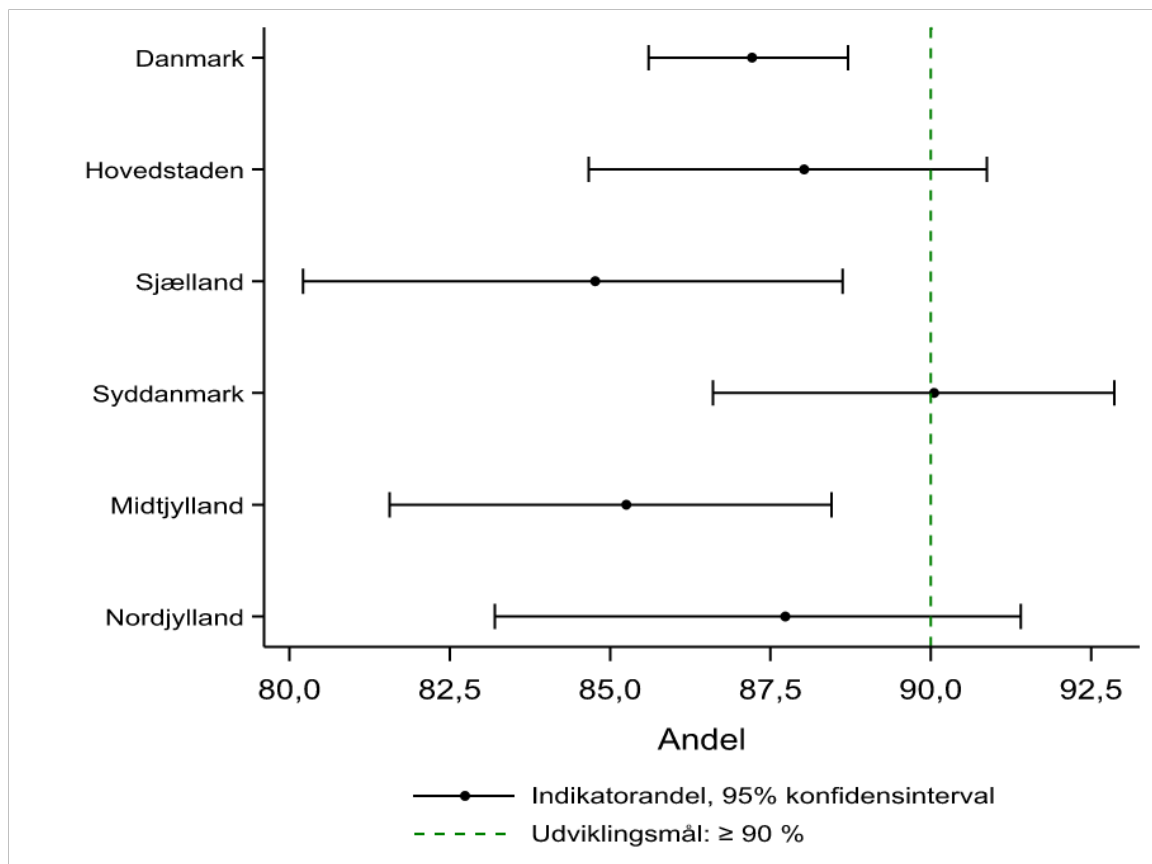
Indikatorerne opgøres stratificeret for patientens bopælsregion ved diagnose.

Tabel 6.1 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion eller onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion

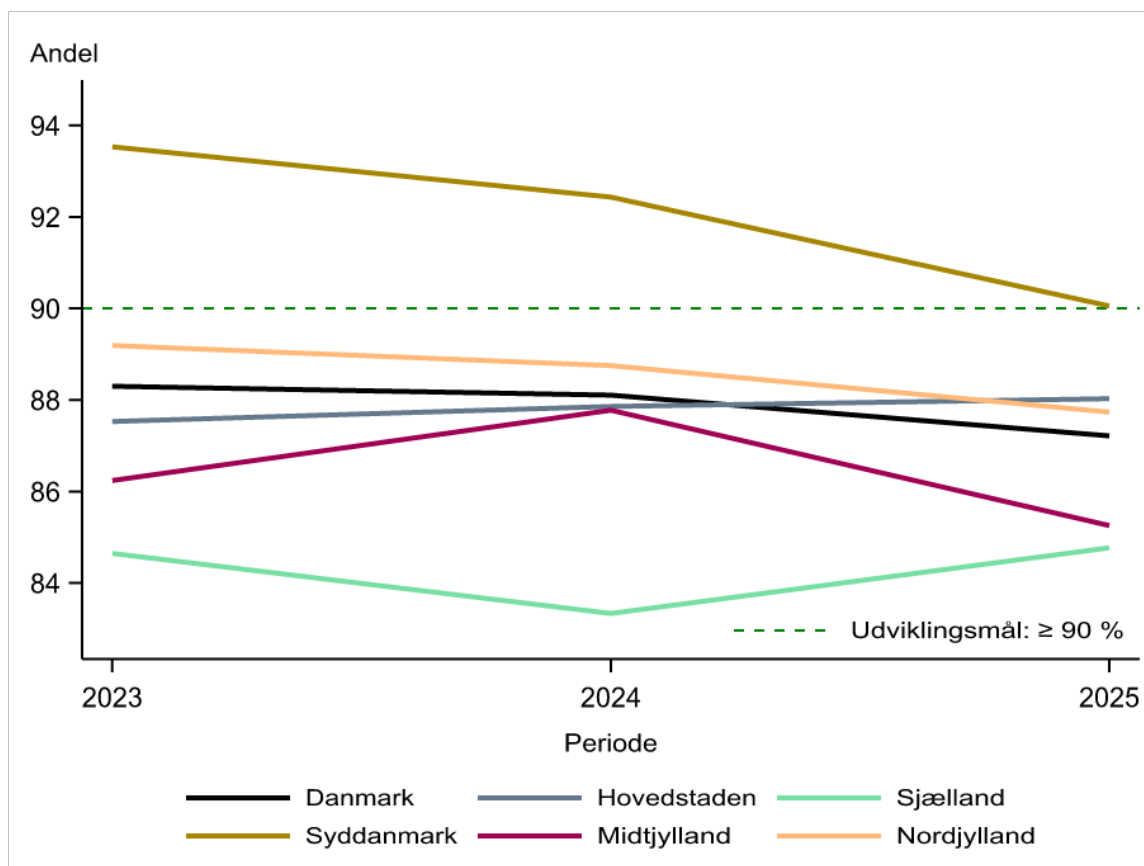
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025	95% CI	2024	2023	2023
				Andel		Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.603 / 1.838	3 (0)	87,2	(85,6-88,7)	1.548 / 1.757	88,1	88,3
Hovedstaden	Nej	397 / 451	0 (0)	88,0	(84,7-90,9)	369 / 420	87,9	87,5
Sjælland	Nej	256 / 302	1 (0)	84,8	(80,2-88,6)	265 / 318	83,3	84,6
Syddanmark	Ja	344 / 382	0 (0)	90,1	(86,6-92,9)	342 / 370	92,4	93,5
Midtjylland	Nej	370 / 434	1 (0)	85,3	(81,6-88,5)	359 / 409	87,8	86,2
Nordjylland	Nej	236 / 269	1 (0)	87,7	(83,2-91,4)	213 / 240	88,8	89,2

Indikator VIIIa - Indikatortabel, 2023-2025

Figur 6.2 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion eller onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion



Figur 6.3 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion eller onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion



Indikator VIIIa - Trendgraf for udvikling over tid, 2023-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for Indikator VIIIa for 2025 udgøres af 1838 NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II med diagnosedato i 2025. Patienter, som har gennemført kurativ intenderet behandling (resektion eller onkologi), opfylder tællerkræteriet. Datakompletheden er 100% og datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 6.1](#).

Denne indikator baseres på manuelt indberettede data for onkologisk behandlingsintention. Således er et komplet datagrundlag en klar forudsætning for at kunne fortolke de afrapporterede andele som retvisende. Dog vil data for det seneste opgørelsesår (2025) altid være de mindst valide, fordi der kan være patientforløb, hvor den kurative onkologiske behandling endnu ikke er afsluttet ved deadline for indberetning af data til årsrapporten ultimo februar 2025. Det konkrete antal patienter med diagnose i 2025, som ikke har afsluttet en påbegyndt onkologisk behandling med kurativt sigte ved udgangen af februar 2026 skønnes dog at være begrænset.

Det skal bemærkes, at summen af andelene for henholdsvis kurativ kirurgi og kurativ onkologisk behandling kan overstige den samlede kurative andel. Dette skyldes, at visse patienter modtager begge behandlingsmodaliteter for to forskellige tumores.

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 90\%$ ikke opnået med en andel på 87,2% [Tabel 6.1](#).

På regionsniveau i 2025 er udviklingsmålet opnået for Region Syddanmark med en andel på 90,1%. De øvrige regioner ligger dog meget tæt på udviklingsmålet med spredning i andele fra 84,8% til 88,0%. Andel NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II med kurativt intenderet behandling varierer således med 5-6 procentpoint fra 84,8% i Region Sjælland til 90,1% i Region Syddanmark [Tabel 6.1](#) [Figur 6.2](#).

Denne indikator opgøres kun for perioden 2023-2025, på baggrund af manuelt indberettede data for onkologisk behandlingsintention. Generelt ligger regionerne tæt på udviklingsmålet i den treårige periode, hvor Region Syddanmark opnår udviklingsmålet og ligger højest, mens Region Sjælland ligger lavest, betydeligt under

udviklingsmålet. På nær for Region Syddanmark, hvor der ses et fald over tid fra 2023 til 2025, så er udviklingen næsten status quo for de øvrige fire regioner. De små udsving over tid fra 2023-2025 kan være udtryk for tilfældig variation, eller at den kurative onkologiske behandling endnu ikke er afsluttet for en del patienter med diagnosedato i 2025, ved deadline for indberetning af data til årsrapporten ultimo februar 2026 [Figur 6.3](#).

Diskussion og implikation

På landsplan ligger andelen af patienter med NSCLC i tidlige stadier (I og II), som gennemfører kurativt intenderet behandling, på et generelt højt niveau (87,2%). Selvom det ambitiøse udviklingsmål på $\geq 90\%$ samlet set ikke nås, er det positivt at en enkelt region indfrir målet, og at den regionale spredning er relativt beskeden. For patienter med tidlig lungekræft er tilbuddet om kurativ behandling (kirurgisk eller onkologisk) helt centralt for prognosen og muligheden for helbredelse. Det er dog både velkendt og forventeligt, at en mindre restgruppe ikke kan modtage helbredende behandling, oftest som følge af høj alder, svær komorbiditet, utilstrækkelig lungefunktion eller aktivt fravalg fra patientens side. For løbende at understøtte kvalitetsarbejdet og sikre, at alle egnede patienter reelt tilbydes behandling, kan man med fordel foretage en afdækkende, lokal audit af de patientforløb i stadie I og II, hvor der ikke er registreret kurativ behandling. En sådan undersøgelse kan på en konstruktiv måde bidrage med værdifuld viden om, hvorvidt den manglende behandling primært afspejler fagligt velbegrundede, individuelle skøn og patientpræferencer, eller om der eventuelt er tale om en underregistrering af den onkologiske behandlingsintention.

Det skal desuden bemærkes, at der ses betydelige forskelle mellem de onkologiske afdelinger i andelen af patienter, der påbegynder, men ikke fuldfører en kurativ behandling. For at afklare årsagerne til denne variation vil afdelingernes registreringspraksis på området nu blive undersøgt nærmere i DOLG regi.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet er et udviklingsmål, som aktuelt vurderes at ligge på et passende niveau.

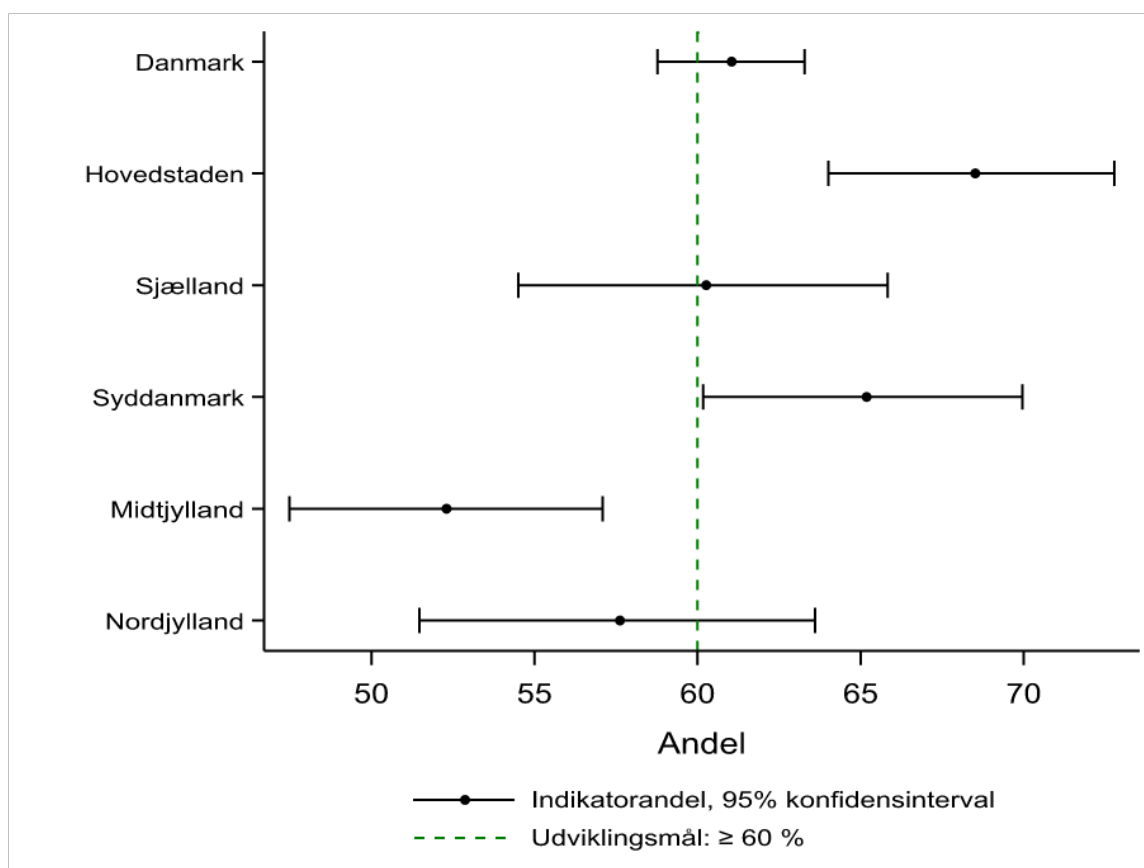
Indikator VIIIb - Kurativt int. behandling, NSCLC stadie I+II, (kir)

Tabel 7.1 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion (2023-), efter bopælsregion

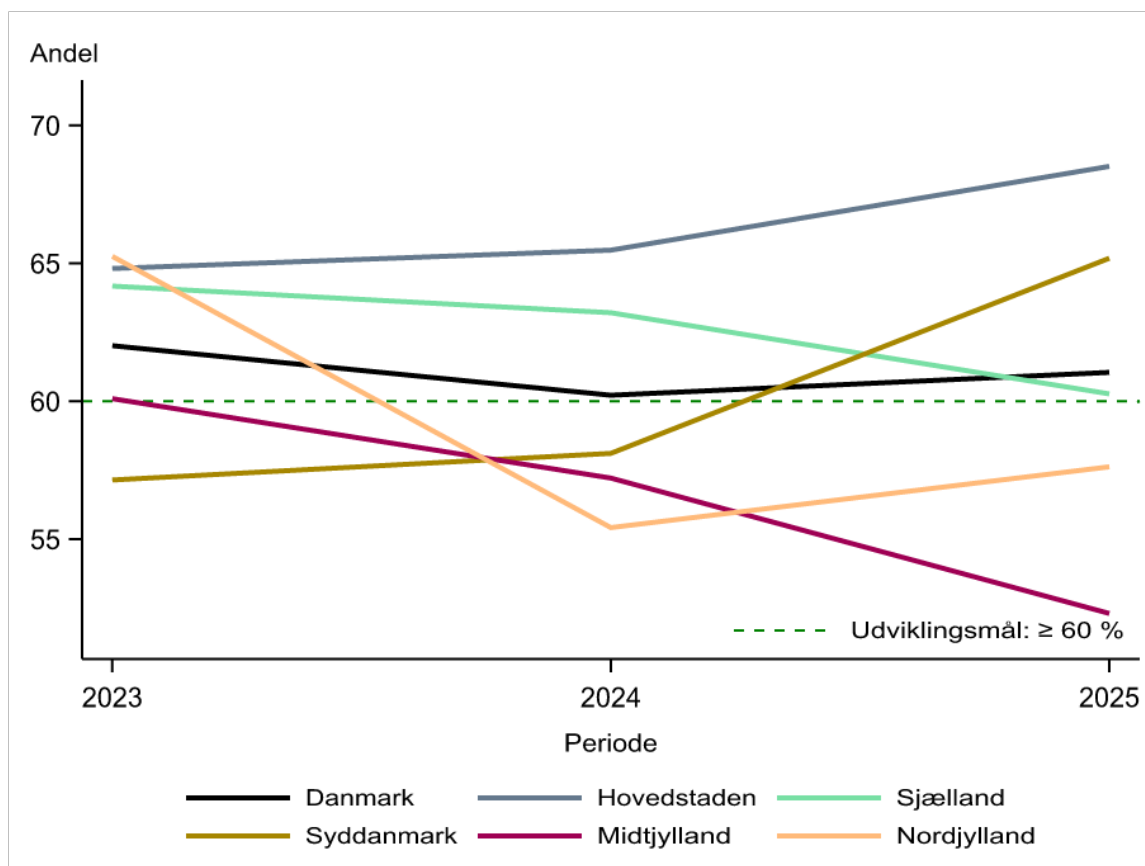
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.122 / 1.838	3 (0)	61,0	(58,8-63,3)	1.058 / 1.757	60,2	62,0
Hovedstaden	Ja	309 / 451	0 (0)	68,5	(64,0-72,8)	275 / 420	65,5	64,8
Sjælland	Ja	182 / 302	1 (0)	60,3	(54,5-65,8)	201 / 318	63,2	64,2
Syddanmark	Ja	249 / 382	0 (0)	65,2	(60,2-70,0)	215 / 370	58,1	57,1
Midtjylland	Nej	227 / 434	1 (0)	52,3	(47,5-57,1)	234 / 409	57,2	60,1
Nordjylland	Nej	155 / 269	1 (0)	57,6	(51,5-63,6)	133 / 240	55,4	65,3

Indikator VIIIb - Indikatortabel, 2023-2025

Figur 7.2 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion (2023-), efter bopælsregion



Figur 7.3 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med resektion (2023-), efter bopælsregion



Indikator VIIIb - Trendgraf for udvikling over tid, 2023-2025

Datagrundlag og metode

Nævnnerpopulationen for Indikator VIIIb for 2025 udgøres af 1838 NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II med diagnosedato i 2025. Patienter, som har gennemført kurativ intenderet behandling (resektion), opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100% og datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 7.1](#).

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på ≥60% opnået med en andel på 61% [Tabel 7.1](#).

På regionsniveau i 2025 er udviklingsmålet opnået for Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark, mens Region Midtjylland (52,3%) og Region Nordjylland (57,6%) ligger lige under udviklingsmålet. Resektionsraten for NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II varierer således med omkring 16 procentpoint fra 52,3% i Region Midtjylland til 68,5% i Region Hovedstaden [Tabel 7.1](#) og [Figur 7.3](#). Ved fortolkning af den regionale variation i resektionsrate skal det samtidige behandlingstilbud med kurativt intenderet onkologisk behandling tages i betragtning.

Der opgøres kun for perioden 2023-2025, og der ses variation over tid for alle regioner. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har oplevet stigning over perioden, mens resektionsraten for NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II er faldet med omkring 8 procentpoint fra 60,1% i 2023 til 52,3% i 2025 i Region Midtjylland. I Region Sjælland er der ligeledes sket et fald fra 64,2% i 2023 til 60,3% i 2025 [Figur 7.3](#).

Diskussion og implikation

Resultaterne for subindikatorerne VIIIb og VIIIc afspejler tydeligt, at der eksisterer forskelle i de regionale prioriteringer af kurativ behandlingsmodalitet. Disse forskelle bunder formentlig i lokal klinisk tradition og erfaring. Da kirurgi og kurativ onkologisk behandling (typisk stereotaktisk stråleterapi) i vid udstrækning udgør kliniske alternativer for patienter i tidlige stadier, vil en høj aktivitet inden for den ene modalitet naturligt medføre en lavere anvendelse af den anden. Dette forklarer, hvorfor en region, der fuldt ud indfrier målet for kirurgisk resektion (VIIIb), som en direkte matematisk konsekvens heraf kan have vanskeligt ved at opnå målsætningen for kurativ onkologisk behandling (VIIIc) – og vice versa.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet er et udviklingsmål, som aktuelt vurderes at ligge på et passende niveau.

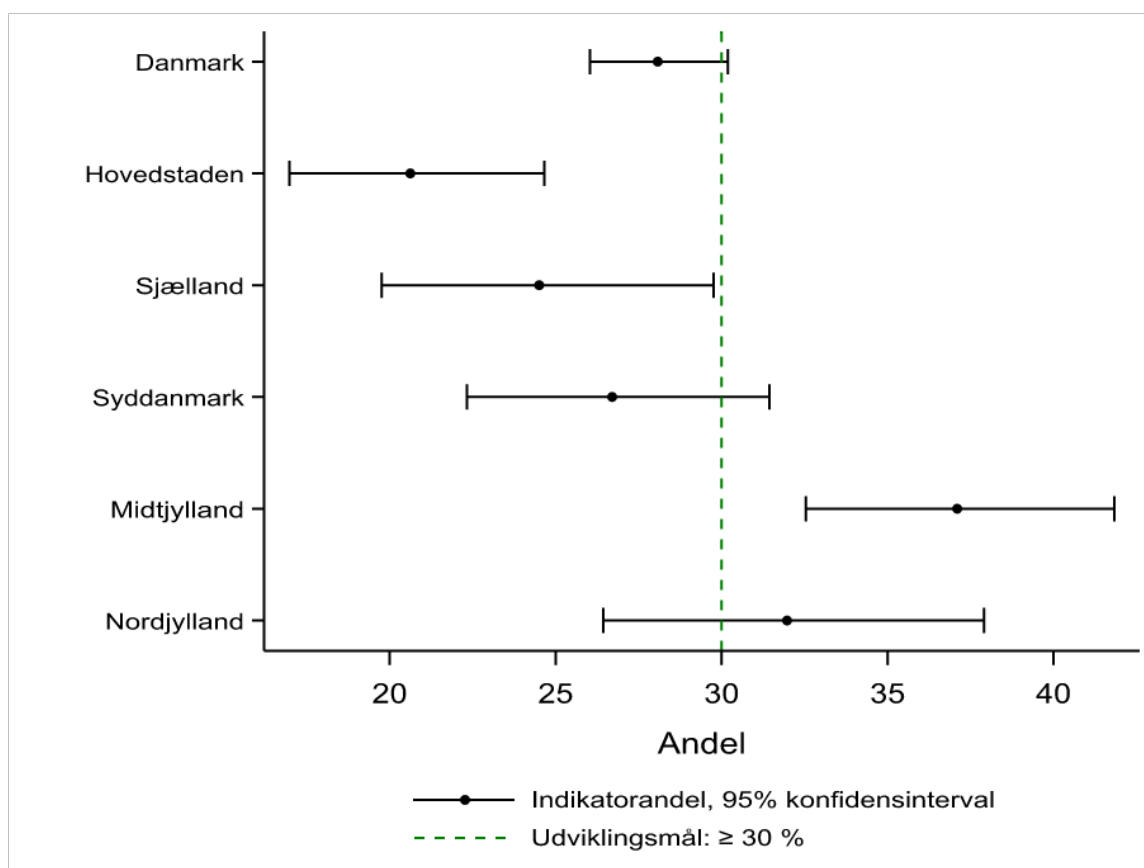
Indikator VIIIc - Kurativt int. behandling, NSCLC stadie I+II (onk)

Tabel 8.1 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion

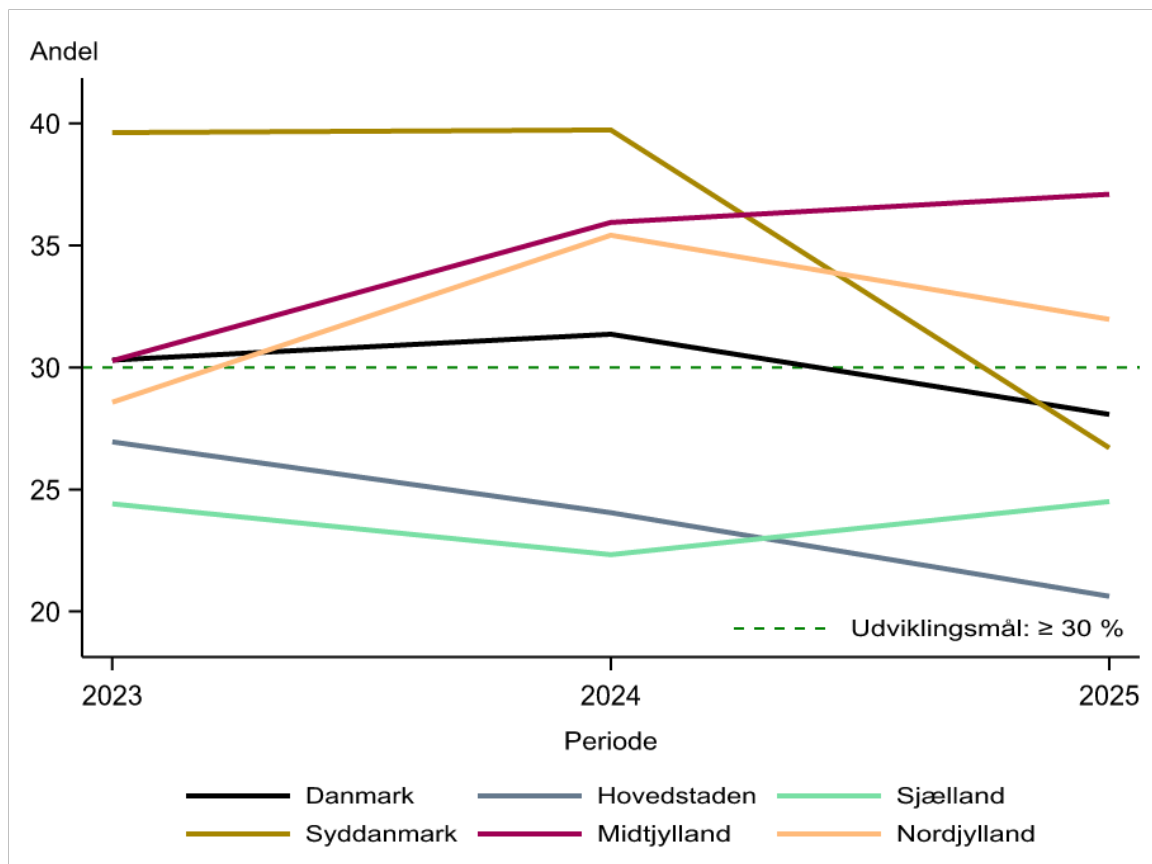
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 30% opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	516 / 1.838	3 (0)	28,1	(26,0-30,2)	551 / 1.757	31,4	30,3
Hovedstaden	Nej	93 / 451	0 (0)	20,6	(17,0-24,7)	101 / 420	24,0	26,9
Sjælland	Nej	74 / 302	1 (0)	24,5	(19,8-29,8)	71 / 318	22,3	24,4
Syddanmark	Nej	102 / 382	0 (0)	26,7	(22,3-31,4)	147 / 370	39,7	39,6
Midtjylland	Ja	161 / 434	1 (0)	37,1	(32,5-41,8)	147 / 409	35,9	30,3
Nordjylland	Ja	86 / 269	1 (0)	32,0	(26,4-37,9)	85 / 240	35,4	28,6

Indikator VIIIc - Indikator tabel, 2023-2025

Figur 8.2 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion



Figur 8.3 - Andel af NSCLC-patienter i klinisk stadie I og II, som har gennemført kurativ intenderet behandling med onkologisk behandling (2023-), efter bopælsregion



Indikator VIIIc - Trendgraf for udvikling over tid, 2023-2025

Datagrundlag og metode

Nævnnerpopulationen for Indikator VIIIc for 2024 udgøres af 1838 NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II med diagnosedato i 2025. Patienter, som har gennemført kurativ intenderet onkologisk behandling, opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100% og datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 8.1](#).

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 30\%$ ikke opnået med en andel på 28,1% [Tabel 8.1](#).

På regionsniveau i 2025 er udviklingsmålet opnået for Region Midtjylland (37,1%) og Region Nordjylland (32,0%), mens Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden ligger omkring 5-10 procentpoint under udviklingsmålet. Andel NSCLC-patienter i klinisk stadie I eller II som har gennemført kurativt intenderet onkologisk behandling varierer således med omkring 17 procentpoint fra 20,6% i Region Hovedstaden til 37,1% i Region Midtjylland [Tabel 8.1](#) og [Figur 8.2](#).

Denne indikator opgøres kun for perioden 2023-2025, på baggrund af manuelt indberettede data for onkologisk behandlingsintention. Over tid observeres stigning for Region Midtjylland frem mod 2025, mens der ses et fald for Region Syddanmark. I Region Midtjylland ses stigning og fald over den treårige periode. De tre regioner opnår generelt udviklingsmålet på $\geq 30\%$, mens der ved Region Hovedstaden og Region Sjælland ses et forbedringspotentiale over hele perioden i forhold til udviklingsmålet på $\geq 30\%$ [Figur 8.3](#).

Bemærk, at n=35 patienter er registreret med både resektion og kurativt intenderet onkologisk behandling (#) i datamaterialet for 2025: Derfor summer antal patienter, der opfylder tællerkriteriet i Indikator VIIIb og VIIIc, til et højere antal patienter, end antal patienter i tælleren i Indikator VIIIa. For 2024 er n=61 patienter registreret med både resektion og kurativt intenderet onkologisk behandling.

(#): Dette kan f.eks. ses for patienter, som har 2 synkrone cancere; behandlingen kunne her bestå af resektion af tumor i den ene lunge og SBRT mod tumor i den anden lunge.

Diskussion og implikation

Resultaterne for subindikatorerne VIIIb og VIIIc afspejler tydeligt, at der eksisterer forskelle i de regionale prioriteringer af kurativ behandlingsmodalitet. Disse forskelle bunder formentlig i lokal klinisk tradition og erfaring. Da kirurgi og kurativ onkologisk behandling (typisk stereotaktisk stråleterapi) i vid udstrækning udgør kliniske alternativer for patienter i tidlige stadier, vil en høj aktivitet inden for den ene modalitet naturligt medføre en lavere anvendelse af den anden. Dette forklarer, hvorfor en region, der fuldt ud indfrier målet for kirurgisk resektion (VIIIb), som en direkte matematisk konsekvens heraf kan have vanskeligt ved at opnå målsætningen for kurativ onkologisk behandling (VIIIc) – og vice versa.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet er et udviklingsmål, som aktuelt vurderes at ligge på et passende niveau.

Indikator IX - MDT konference

Den Multi-disciplinære Team konference (MDT-konference) er blevet en central del af lungekræftbehandlingen, og der er bred klinisk enighed om, at afholdelse af MDT-konference for alle patientforløb er et vigtigt grundlag for den bedst mulige behandling til patienten. Således anbefaler DMCG.dk i deres rapport "*Multidisciplinær kræftbehandling – en vejledning til MDT-konferencen*" fra 2016, at alle kræftpatienter diskuteres på MDT, da dette vil øge kvaliteten af kræftbehandlingen. DMCG.dk arbejder aktuelt for, at alle nationale kliniske kræftdatabaser skal monitorere, hvorvidt patientforløbet har været drøftet på MDT.

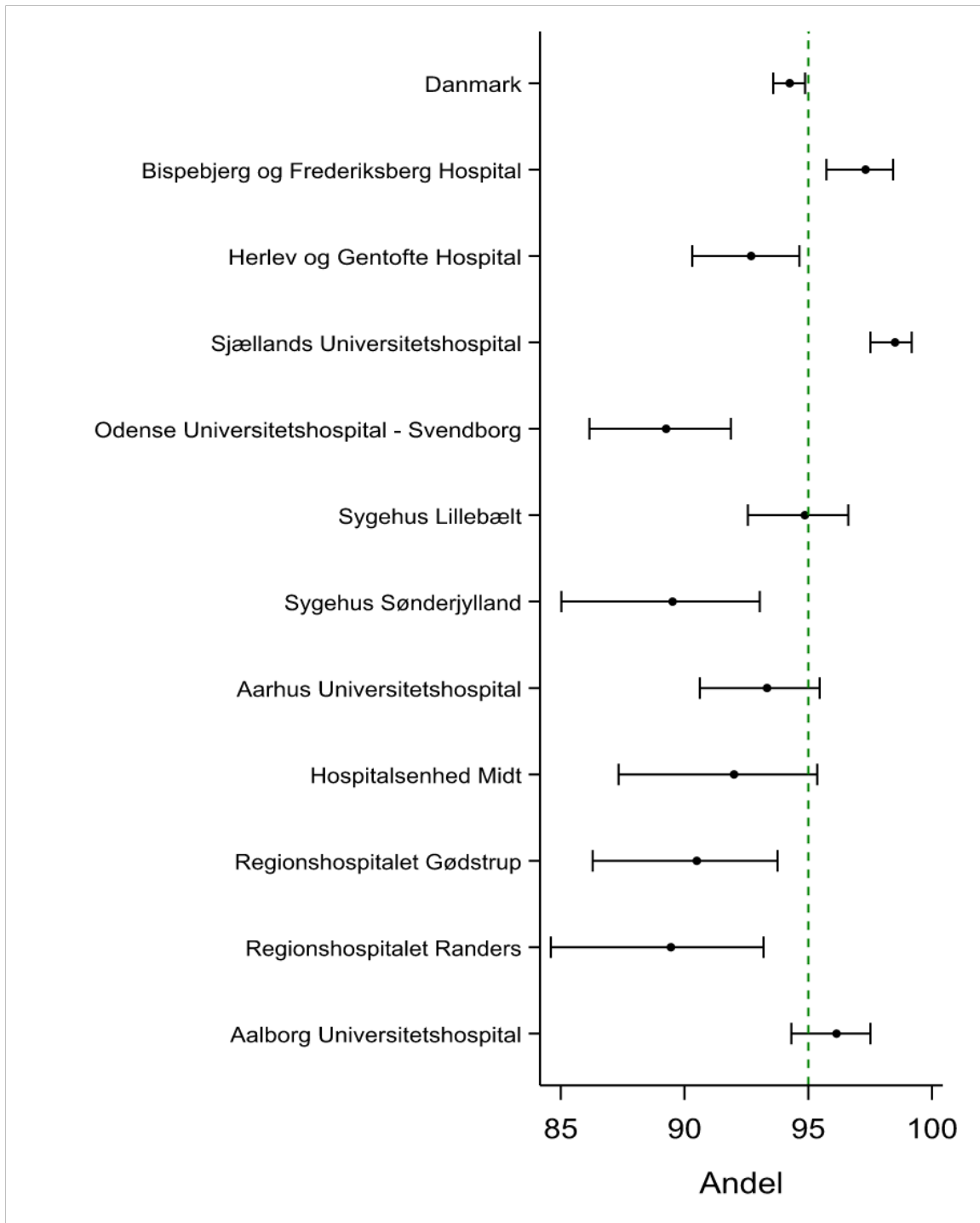
I DLCR er der primo januar 2022 indført en ny obligatorisk variabel til registrering af om en patient er drøftet på MDT konference inden for 90 dage efter dato forløbsstart (diagnosedato) som defineret af DNKK algoritmen.

Bemærk: Variablen for *MDT-konference* blev først obligatorisk at validere og udfylde på Udredningsformularen i DLCR-TOPICA fra og med 1. januar 2022.

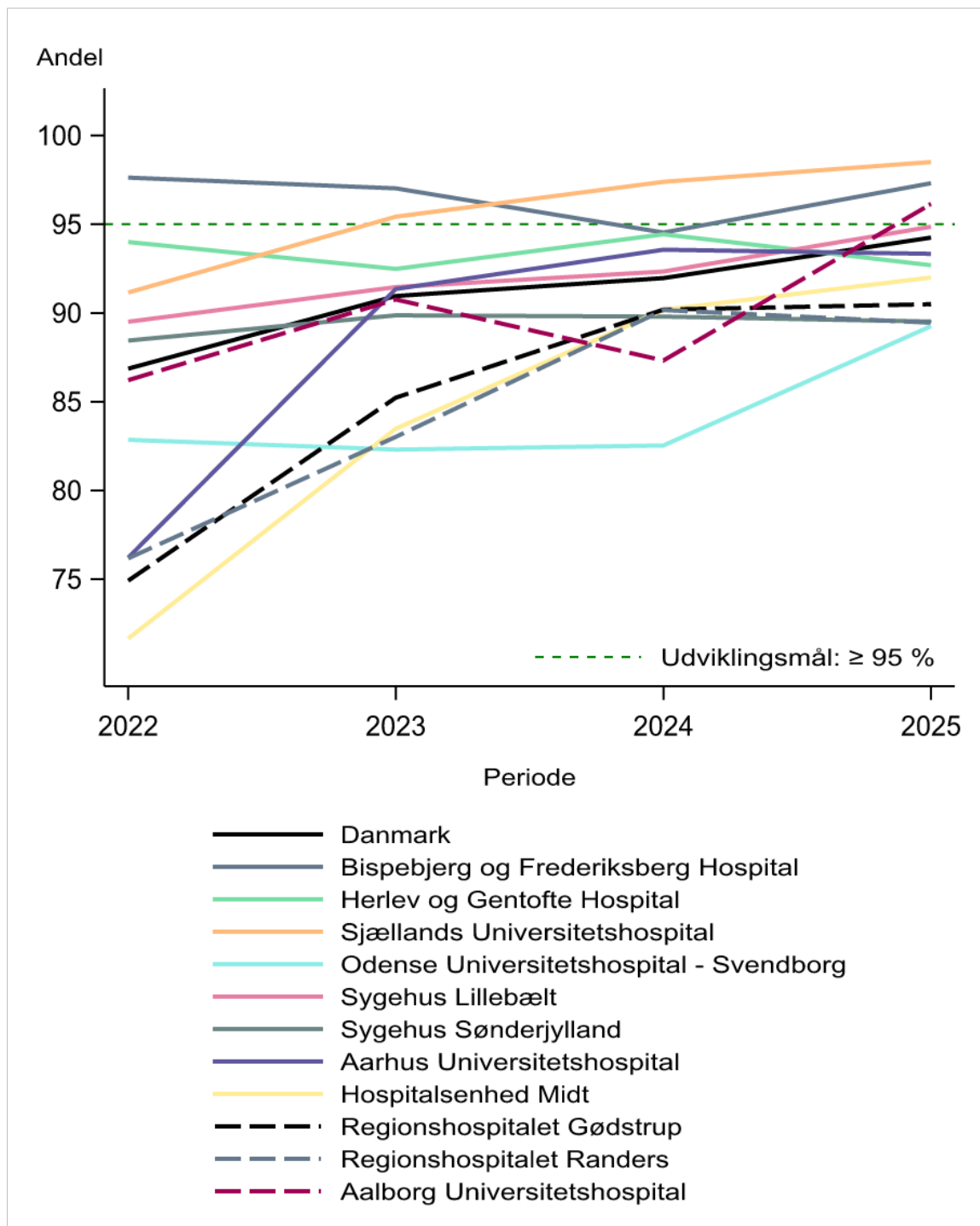
Tabel 9.1 - Andel af patienter, som er drøftet på Multi-Disciplinær Team konference (MDT) inden for 90 dage efter dato for forløbsstart (diagnosedato)

	Udviklingsmål ≥ 95% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år			
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark	Nej	4.867 / 5.164	94,2	(93,6-94,9)	4.601 / 5.003	92,0	91,0	86,9
Hovedstaden	Ja	1.174 / 1.235	95,1	(93,7-96,2)	1.097 / 1.161	94,5	94,9	95,9
Sjælland	Ja	924 / 938	98,5	(97,5-99,2)	896 / 920	97,4	95,4	91,1
Syddanmark	Nej	1.134 / 1.238	91,6	(89,9-93,1)	1.080 / 1.225	88,2	87,8	86,7
Midtjylland	Nej	1.037 / 1.131	91,7	(89,9-93,2)	1.039 / 1.137	91,4	86,9	74,9
Nordjylland	Ja	598 / 622	96,1	(94,3-97,5)	489 / 560	87,3	90,8	86,2
Hovedstaden	Ja	1.174 / 1.235	95,1	(93,7-96,2)	1.097 / 1.161	94,5	94,9	95,9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	616 / 633	97,3	(95,7-98,4)	588 / 622	94,5	97,0	97,6
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	558 / 602	92,7	(90,3-94,6)	509 / 539	94,4	92,5	94,0
Sjælland	Ja	924 / 938	98,5	(97,5-99,2)	896 / 920	97,4	95,4	91,1
Sjællands Universitetshospital	Ja	924 / 938	98,5	(97,5-99,2)	896 / 920	97,4	95,4	91,2
Syddanmark	Nej	1.134 / 1.238	91,6	(89,9-93,1)	1.080 / 1.225	88,2	87,8	86,7
Odense Universitetshospital - Svendborg	Nej	432 / 484	89,3	(86,2-91,9)	378 / 458	82,5	82,3	82,9
Sygehus Lillebælt	Nej	480 / 506	94,9	(92,6-96,6)	482 / 522	92,3	91,5	89,5
Sygehus Sønderjylland	Nej	222 / 248	89,5	(85,0-93,0)	220 / 245	89,8	89,9	88,4
Midtjylland	Nej	1.037 / 1.131	91,7	(89,9-93,2)	1.039 / 1.137	91,4	86,9	74,9
Aarhus Universitetshospital	Nej	420 / 450	93,3	(90,6-95,5)	378 / 404	93,6	91,4	76,2
Hospitalsenhed Midt	Nej	184 / 200	92,0	(87,3-95,4)	202 / 224	90,2	83,5	71,6
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	238 / 263	90,5	(86,3-93,8)	239 / 265	90,2	85,2	74,9
Regionshospitalet Randers	Nej	195 / 218	89,4	(84,6-93,2)	220 / 244	90,2	83,0	76,2
Nordjylland	Ja	598 / 622	96,1	(94,3-97,5)	489 / 560	87,3	90,8	86,2
Aalborg Universitetshospital	Ja	598 / 622	96,1	(94,3-97,5)	489 / 560	87,3	90,8	86,2

Figur 9.2 - Andel af patienter, som er drøftet på Multi-Disciplinær Team konference (MDT) inden for 90 dage efter dato for forløbsstart (diagnosedato)



Figur 9.3 - Andel af patienter, som er drøftet på Multi-Disciplinær Team konference (MDT) inden for 90 dage efter dato for forløbsstart (diagnosedato)



Indikator IX - Trendgraf for udvikling over tid, 2022-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for 2025 udgøres af 5164 lungekræftpatienter med diagnosedato i 2025. Patienter, som drøftes ved Multi-Disciplinær Team konference (MDT) inden for 90 dage efter diagnosedato (forløbsstart) opfylder tællerkriteriet. Datakomplethed er 100%, og datagrundlaget på afdelingsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 9.1](#).

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på ≥95 % ikke opnået med en andel på 94,2% [Tabel 9.1](#).

På afdelingsniveau i 2025 opnår Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (97,3%), Sjællands Universitetshospital (98,5%) og Aalborg Universitetshospital (96,1%) udviklingsmålet, mens de øvrige afdelinger ligger under eller tæt på udviklingsmålet.

Der ses betydelig spredning på omkring 10 procentpoint mellem afdelinger i 2025 fra 89,3% ved Odense Universitetshospital til 98,5% ved Sjællands Universitetshospital, men for hovedparten af afdelingerne ses en positiv udvikling frem mod 2025 med stigning i andel patienter som er drøftet på MDT konference inden for 90 dage efter diagnosedato. Niveaulet er generelt højt i 2025 på >90%, hvor afdelingerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger højest og afdelingerne i Vestdanmark på et lidt lavere niveau [Tabel 9.1](#) og [Figur 9.3](#).

Trendgrafer inkluderer nu perioden fra 2022 til 2025, hvor der generelt ses en positiv udvikling med stigende andel patienter, som drøftes på MDT konference inden for 90 dage efter diagnosedato. Der er forbedringspotentiale ved afdelingerne, som endnu ikke opnår det vedtagne udviklingsmål, hvilket i praksis betyder forbedringspotentiale for næsten alle afdelinger [Figur 9.3](#).

Diskussion og implikation

Det nationale resultat på 94,2 % vidner om en succesfuld indsats for at sikre tværfaglig drøftelse af lungekræftpatienter. Størstedelen af landets afdelinger ligger i dag stabilt over 90 %, men kun få indfrier det aktuelt ambitiøse mål på ≥ 95 %. Dette har givet anledning til drøftelse af målsætningens niveau i DLCC's bestyrelse. Der er nu lavet analyser i 2 regioner, hvor det ses at der er patienter som har været drøftet på MDT, men hvor det ikke er blevet registreret i TOPICA, og der bør derfor være øget fokus på at den manuelle indberetning sker korrekt på de enkelte centre. Samtidig tegner der sig et tydeligt billede af, at det er de dårligste patienter, som ikke drøftes; MDT-konferencen er en faglig hjørnesteen, men det er også et ressourcetungt forum. I klinisk praksis vil der altid være en andel af patienter, der selv fravælger aktiv behandling eller ikke tilbydes udredning, da funktionsniveauet ikke tillader udredning eller behandling. DLCC's bestyrelse har dog besluttet fremadrettet at fastholde udviklingsmålet på ≥ 95 %.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er knyttet til de kliniske retningslinjer og til Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for Lungekræft, og vurderes derfor at være en kvalitetskritisk klinisk måleparameter, som bidrager til det løbende kliniske kvalitetsforbedringsarbejde. Derfor bibeholdes indikatoren som en del af det officielle indikatorsæt.

Indikator X - Kurativt int. behandling (Total population)

Indikator X måler hvorvidt der er foretaget kirurgisk eller onkologisk kurativ intenderet behandling, baseret på klinisk indberetning af onkologisk behandlingsintention.

Definition af kurativ intenderet behandling:

- **Kirurgi:** Der skal være foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb).
- **Onkologi:** I DLCC-TOPICA skal der på onkologi-formularen for den onkologiske behandling være angivet, at patienten har modtaget "Kurativ behandling" og at "Behandling gennemført som planlagt = JA".

Kurativt intenderet behandling er et kvalitetskritisk målepunkt i patientforløbet, fordi der er tæt relation mellem den givne behandling og prognosen. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet, at det er muligt at tilbyde kurativ intenderet behandling.

Indikator X inkluderer alle patienter med en lungekræftdiagnose.

Der er vedtaget et udviklingsmål på ≥ 50 %.

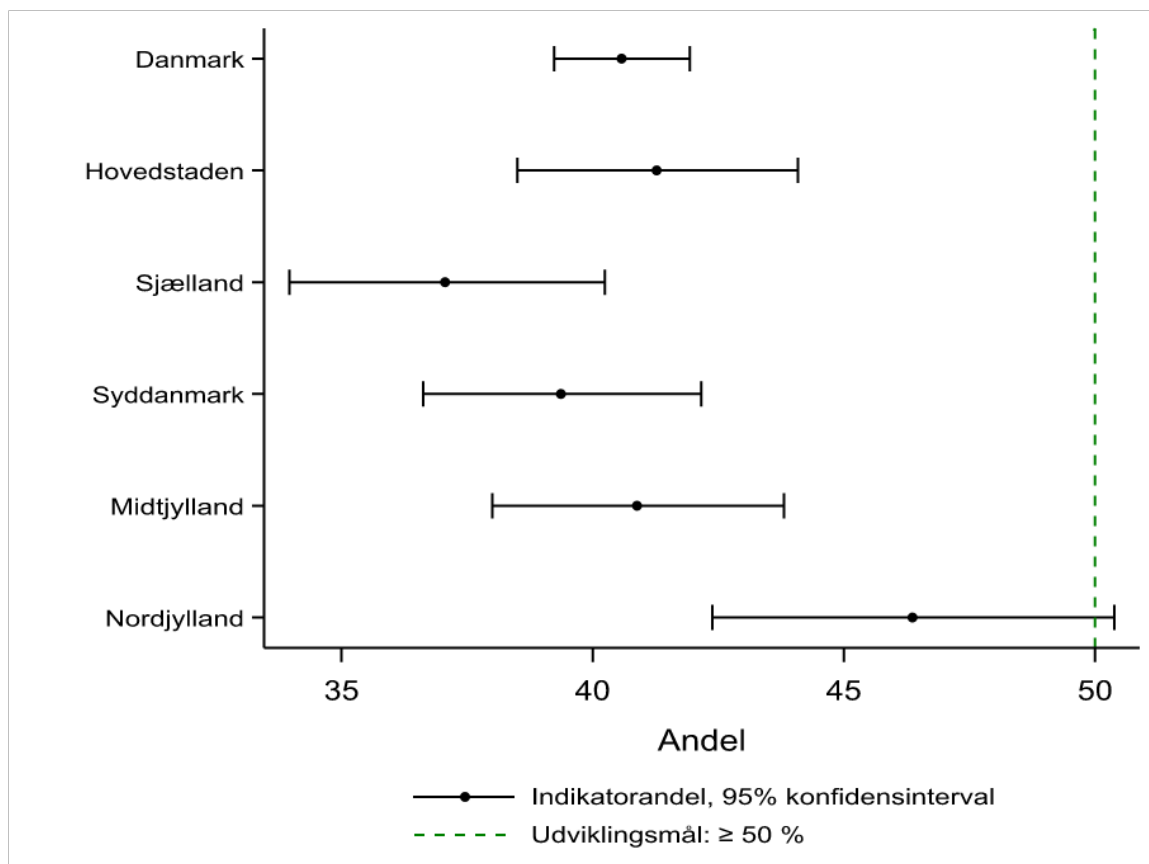
I opgørelsen af indikatorerne inkluderes patienter efter diagnoseår. Indikatorerne opgøres fra 1. januar 2023 og frem på grund af overgang til ny registrering af behandlingsintention for den onkologiske behandling per 1. januar 2023 i DLCC-TOPICA. Indikatoren kan således kun opgøres for perioden 2023-2025 i DLCC Årsrapport 2025.

Tabel 10.1 - Andel af alle patienter, som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion

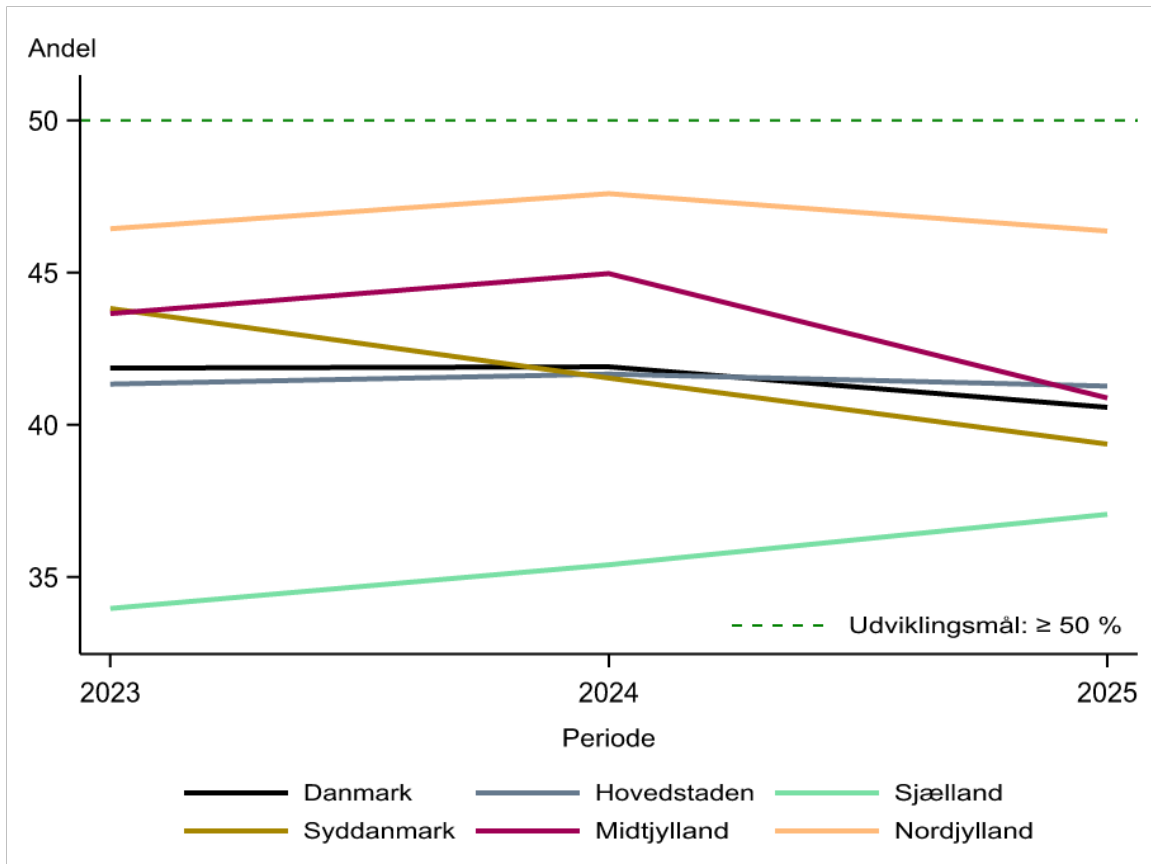
	Udviklings mål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 50%	Tæller/ nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.090 / 5.151	3 (0)	40,6	(39,2-41,9)	2.089 / 4.985	41,9	41,9
Hovedstaden	Nej	506 / 1.226	0 (0)	41,3	(38,5-44,1)	480 / 1.152	41,7	41,3
Sjælland	Nej	348 / 939	1 (0)	37,1	(34,0-40,2)	325 / 918	35,4	34,0
Syddanmark	Nej	485 / 1.232	0 (0)	39,4	(36,6-42,2)	503 / 1.211	41,5	43,8
Midtjylland	Nej	464 / 1.135	1 (0)	40,9	(38,0-43,8)	514 / 1.143	45,0	43,7
Nordjylland	Nej	287 / 619	1 (0)	46,4	(42,4-50,4)	267 / 561	47,6	46,4

Indikator X - Indikatortabel, 2023-2025

Figur 10.2 - Andel af alle patienter, som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion



Figur 10.3 - Andel af alle patienter, som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion



Indikator X - Trendgraf for udvikling over tid, 2023-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for 2025 udgøres af 5151 patienter med diagnosedato i 2025. Patienter, hvor der er gennemført kurativ intenderet behandling med kirurgi (resektion) eller onkologi, opfylder tællerkriteriet. Datakomplethed er 100% med 3 uoplyste forløb. Datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 10.1](#).

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på ≥50% ikke opnået med en andel på 40,6% [Tabel 10.1](#).

På regionsniveau i 2025 opnår ingen regioner udviklingsmålet. Andel patienter med kurativt intenderet behandling varierer i 2025 fra 37,1% i Region Sjælland til 46,4% i Region Nordjylland [Tabel 10.1](#) og [Figur 10.2](#).

Trendgrafene inkluderer nu perioden 2023-2025, og der ses betydeligt forbedringspotentiale for alle regioner. Der ses fald over tid for Region Syddanmark og Region Midtjylland, mens Region Sjælland oplever en pæn stigning og et mere udtalt forbedringspotentiale end de øvrige regioner. For Region Hovedstaden og Region Nordjylland er udviklingen næsten status quo. Region Nordjylland ligger højt ≥45% over hele perioden, mens Region Sjælland ligger lavt <40%, men med positiv udvikling frem mod 2025 [Figur 10.3](#).

Diskussion og implikation

På landsplan har 40,6% af alle lungekræftpatienter gennemført en kurativt intenderet behandling i 2025. Selvom regionerne aktuelt befinder sig et stykke fra udviklingsmålet på $\geq 50\%$, er det vigtigt at understrege, at dette måltal netop blev hævet markant ved seneste audit. Det fungerer således som en bevidst og ambitiøs ledestjerne, der stiles mod over de kommende år. Regionalt ligger Region Nordjylland i front med 46,4%, mens Region Sjælland udviser en positiv opadgående trend. Resultaterne for 2025 bør generelt tolkes med forbehold, da enkelte onkologiske behandlingsforløb, der er påbegyndt sidst på året, muligvis endnu ikke var afsluttede og færdigregistrerede ved dataudtrækket. Klinisk set er andelen af patienter, der modtager kurativ behandling, den absolut vigtigste faktor for at forbedre overlevelsen ved lungekræft. At løfte landsniveauet tættere på de 50% er en fælles ambition for hele sundhedsvæsenet. Det bygger ikke kun på optimerede procedurer internt på afdelingerne, men i lige så høj grad på en succesfuld tidlig opsporing og hurtig udredning, som gør det muligt at tilbyde helbredende behandling til flest muligt.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet er et udviklingsmål, som blev hævet til 50% ved den nationale audit af årsrapporten for 2024. Det vurderes, at dette niveau udgør en ambitiøs, men nødvendig ledestjerne for de kommende års indsats. Indikatoren fastholdes derfor uændret som et centralt redskab til at drive kvalitetsudviklingen.

Indikator XI - Kurativt int. behandling (NSCLC)

Indikator XI måler hvorvidt der er foretaget kirurgisk eller onkologisk kurativ intenderet behandling, baseret på klinisk indberetning af onkologisk behandlingsintention.

Definition af kurativ intenderet behandling:

- **Kirurgi:** Der skal være foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb).
- **Onkologi:** I DLCR-TOPICA skal der på onkologi-formularen for den onkologiske behandling være angivet, at patienten har modtaget "Kurativ behandling" og at "Behandling gennemført som planlagt = JA".

Kurativt intenderet behandling er et kvalitetskritisk målepunkt i patientforløbet, fordi der er tæt relation mellem den givne behandling og prognosen. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet, at det er muligt at tilbyde kurativ intenderet behandling.

Indikator XI inkluderer subpopulationen af patienter med ikke-småcellet lungekræft (NSCLC).

Der er vedtaget et udviklingsmål på $\geq 60\%$.

I opgørelsen af indikatorerne inkluderes patienter efter diagnoseår. Indikatorerne opgøres fra 1. januar 2023 og frem på grund af overgang til ny registrering af behandlingsintention for den onkologiske behandling per 1. januar 2023 i DLCR-TOPICA. Indikatoren kan således kun opgøres for perioden 2023-2025 i DLCR Årsrapport 2025.

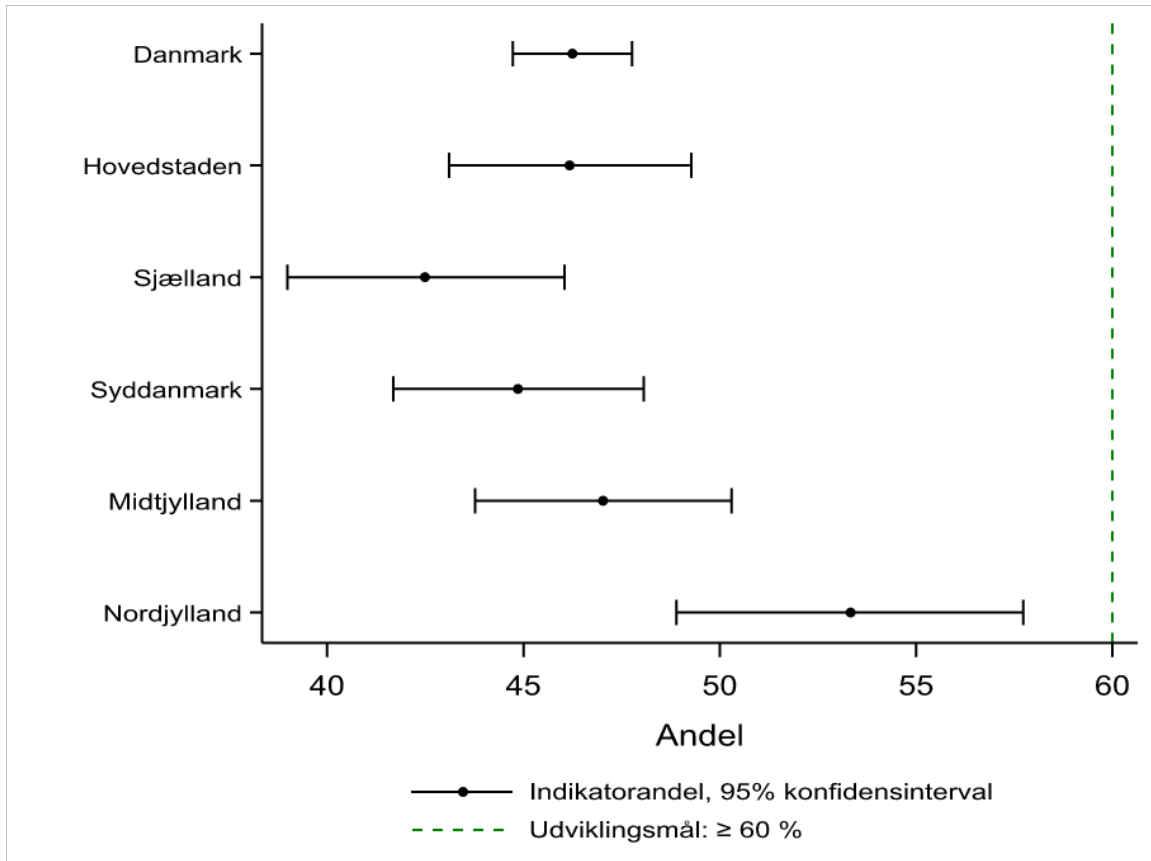
Tabel 11.1 - Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 60\%$ opnået	Tæller/nævner		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.947 / 4.210	3 (0)	46,2	(44,7-47,8)	1.948 / 4.125	47,2	47,6
Hovedstaden	Nej	477 / 1.033	0 (0)	46,2	(43,1-49,3)	453 / 995	45,5	45,6
Sjælland	Nej	331 / 779	1 (0)	42,5	(39,0-46,0)	311 / 761	40,9	39,8
Syddanmark	Nej	432 / 963	0 (0)	44,9	(41,7-48,1)	455 / 937	48,6	51,0

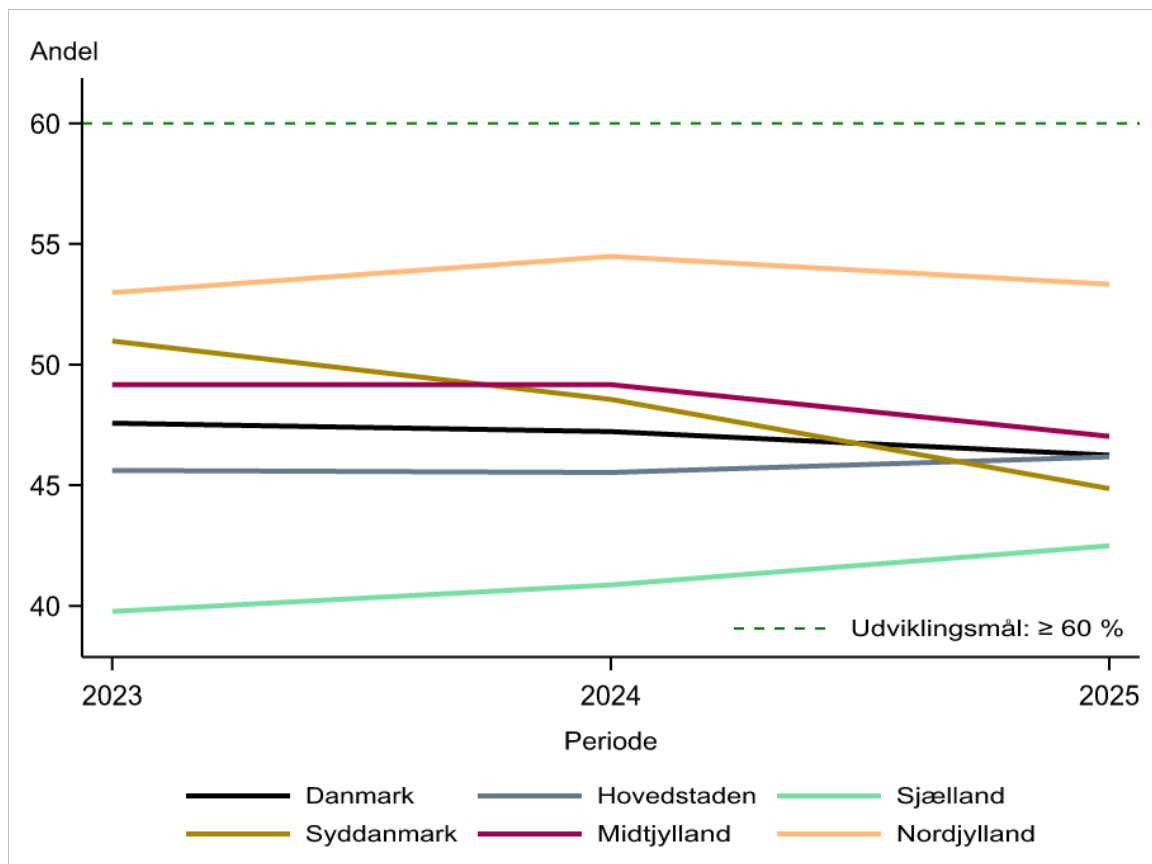
	Udviklings mål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
Midtjylland	Nej	435 / 925	1 (0)	47,0	(43,8-50,3)	474 / 964	49,2
Nordjylland	Nej	272 / 510	1 (0)	53,3	(48,9-57,7)	255 / 468	53,0

Indikator XI - Indikatortabel, 2023-2025

Figur 11.2 - Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion



Figur 11.3 - Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), som har gennemført kurativ intenderet behandling (2023-), efter bopælsregion



Indikator XI - Trendgraf for udvikling over tid, 2023-2025

Datagrundlag og metode

Nævnerpopulationen for 2025 udgøres af 4210 NSCLC-patienter med diagnosedato i 2025. Patienter, hvor der er gennemført kurativ intenderet behandling med enten resektion eller onkologisk behandling, opfylder tællerkriteriet. Datakompletheden er 100% med 3 uoplyste forløb, og datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid analyse [Tabel 11.1](#).

Resultater

På landsplan i 2025 er udviklingsmålet på $\geq 60\%$ ikke opnået med en andel på 46,2% [Tabel 11.1](#).

På regionsniveau i 2025 opnår ingen regioner udviklingsmålet. Andel NSCLC-patienter med kurativt intenderet behandling varierer i 2025 fra 42,5% i Region Sjælland til 53,3% i Region Nordjylland [Tabel 11.1](#) og [Figur 11.2](#).

Trendgraferne inkluderer nu perioden 2023-2025, og der ses betydeligt forbedringspotentiale for alle regioner. Trends er de samme som nævnt under Indikator X med fald over tid for Region Syddanmark og Region Midtjylland, mens Region Sjælland oplever en pæn stigning og et mere udtalt forbedringspotentiale end de øvrige regioner. For Region Hovedstaden og Region Nordjylland er udviklingen næsten status quo. Region Nordjylland ligger højt $>50\%$ over hele perioden, mens Region Sjælland ligger lavt $<45\%$, men med positiv udvikling frem mod 2025 [Figur 11.3](#).

Diskussion og implikation

Da patienter med ikke-småcellet lungekræft (NSCLC) udgør langt størstedelen af alle lungekræfttilfælde, afspejler resultaterne og de regionale mønstre for denne indikator i høj grad billedet fra den totale population (Indikator X). På landsplan har 46,2% af NSCLC-patienterne gennemført en kurativt intenderet behandling i 2025. Udviklingsmålet blev ved seneste audit hævet til $\geq 60\%$ og fungerer som en langsigtet, national ledestjerne. Ingen regioner indfrier aktuelt det ambitiøse mål, men Region Nordjylland ligger tættest på (53,3%), og Region Sjælland viser (efter manuel gennemgang og kontrol af registreringen sidste år) nu fremgang. At løfte landsniveauet op mod de 60% er den absolut vigtigste faktor for at forbedre lungekræftoverlevelsen. Ligesom for den totale population forudsætter indfrielsen af dette mål et vedvarende nationalt fokus på tidlig opsporing og hurtig udredning.

Som beskrevet tidligere under indikator VIIIa er der betydelig regional forskel mellem antallet af patienter der opstarter, men ikke fuldfører onkologisk kurativ behandling, og registreringspraksis vil blive gennemgået og drøftet i DOLG regi.

Vurdering af indikatoren

Kvalitetsmålet blev hævet til 60% ved den nationale audit af årsrapporten for 2024. Det vurderes, at niveauet udgør en ambitiøs og fagligt nødvendig ledestjerne, hvorfor indikatoren fastholdes uændret som et centralt redskab til at drive kvalitetsudviklingen.

Styregruppens medlemmer

Formand for DLCCG

- Morten Hornemann Borg, Overlæge, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark

Formand for DLCR

- Majken Munk Brønserud, Speciallæge, ph.d., Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Lungemedicin: Udpeget af Dansk Lungemedicinsk Selskab

- Zaigham Saghir, Overlæge, ph.d., klinisk lektor, Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden
- Torben Riis Rasmussen, Overlæge, ph.d., Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland
- Ole Hilberg, Professor, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark

Kirurgi: Udpeget af Dansk Thoraxkirurgisk Selskab

- Jesper Ravn, Cheflæge, Rigshospitalet, Region Hovedstaden
- Lars Møller, Overlæge, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Onkologi: Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

- Christa Haugaard Nyhus, Overlæge, Vejle Sygehus, Region Syddanmark

Radiologi: Udpeget af Dansk Radiologisk Selskab

- Michael Brun Andersen, Overlæge, Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden

Patologi: Udpeget af Dansk Patologiselskab

- Kathina Sørensen, Overlæge, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
- Tina Green, Overlæge, ph.d., Odense Universitetshospital - Svendborg, Region Syddanmark

Anæstesiologi: Udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

- Helle Laugesen, Overlæge, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Klinisk Fysiologi: Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

- Jann Mortensen, Overlæge, dr. med., Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Sygepleje: Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab

- Helle Marie Christensen, Sygeplejerske, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Fysioterapi: Udpeget af Danske Fysioterapeuter

- Morten Quist, Forskningsfysioterapeut, Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Mesotheliom

- Cecilia Bech Horsted, Overlæge, Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Screening

- René Horsleben Petersen, Professor, overlæge, ph.d., Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Øvrige kliniske medlemmer af styregruppen

- Malene Støchkel Frank, Overlæge, klinisk lektor, ph.d., Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland

Patientrepræsentation

- Lisbeth Søbæk Hansen, Formand for Patientforeningen Lungekræft
- Lotte Linnemann Rønfeldt, Konsulent, Kræftens Bekæmpelse (barsel)
- Søren Gray Worsøe Laursen, Konsulent, Kræftens Bekæmpelse

Ledelsesrepræsentation

- Henrik Stig Jørgensen, Vicedirektør, Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, Region Sjælland

SundK medlemmer af DLCR-styregruppen

- Henriette Engberg, klinisk epidemiolog, Kvalitetsenhed C, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)
- Christian Babiarz Madsen, Datamanager, SundK - Kvalitetsenhed C, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)
- Monika Madsen, kontaktperson og repræsentant for den dataansvarlige myndighed, Region Midtjylland, Kvalitetsenhed C, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden: *Region Hovedstaden har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.*

Region Sjælland:

Sjællands Universitetshospital, Medicinsk Afdeling, Roskilde:

Medicinsk Afdeling har, som anbefalet i årsrapporten, besluttet at gennemføre audit for at afklare, om det fald, der ses i overensstemmelse mellem cTNM og pTNM, er udtryk for tilfældig variation, eller om der er basis for forbedringer.

Sjællands Universitetshospital, Onkologisk afdeling og palliativ enhed, Roskilde:

Kommentar til indikator III: En mulig medvirkende årsag til den lavere overensstemmelse mellem cTNM og pTNM i 2025 kan være den øgede anvendelse af neoadjuverende kemo-immunterapi for resektabel NSCLC. Stadietklassifikationen fastsættes ved den initiale MDT-konference før behandlingsstart, mens pTNM bestemmes efter operation. Effektiv neoadjuverende behandling kan medføre betydelig tumorregression og nodal downstaging, hvilket kan reducere overensstemmelsen mellem cTNM og pTNM uden nødvendigvis at afspejle en forringet kvalitet af den præoperative stadietinddeling.

Region Syddanmark:

Sygehus Sønderjylland, Aabenraa:

Kommentarer til indikator III: Blandt de gennemgåede diskrepante tilfælde fandtes forskelligartede årsager til manglende overensstemmelse mellem klinisk og patologisk stadietinddeling bl.a.:

Manglende præoperativ påvisning af metastaser (biopretet), mens efterfølgende kirurgisk eksploration påviste metastatisk sygdom. Dette vurderes som en kendt begrænsning ved mediastinal staging.

Forskel mellem cT- og pT-stadium. Dette vurderes vanskeligt at have kunnet håndteres anderledes præoperativt, idet klinisk T-stadium baseres på CT/PET-CT, og mucinøst adenokarcinom og adenocystisk karcinom kan være vanskeligt at størrelsesbestemme præcist billeddiagnostisk.

Manglende mulighed for bioptering præoperativt grundet lymfeknudernes størrelse samt status som ikke PET-positive.

Der er opnået en høj og stabil datakomplethed i registreringen, hvilket understøtter et solidt og validt datagrundlag for kvalitetsopfølgning. Dette gælder især for centrale variabler som cTNM og pTNM.

Overensstemmelsen mellem cTNM og pTNM er samlet set høj og ligger over 94%, når opgørelsen foretages i overensstemmelse med den fælles faglige afgrænsning, hvor uoverensstemmelser relateret til primærtumor ikke indgår i denne specifikke indikatorvurdering. Dette vurderes som et meget tilfredsstillende niveau.

Kommentarer til indikator VII: Blandt de patienter, der ikke modtog behandling inden for 365 dage efter diagnosen, var den hyppigste årsag, at patienternes almene tilstand var så dårlig, at palliativ onkologisk behandling ikke blev vurderet relevant. Endvidere fravalgte enkelte patienter onkologisk behandling efter information om diagnose og behandlingsmuligheder.

Region Midtjylland: *Region Midtjylland har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.*

Region Nordjylland: -

Om denne rapport

Dansk Lunge Cancer Register

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 2026

Udarbejdet af:

Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK). Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen for DLCR.

Formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG): Morten Borg, Ledende overlæge, klinisk lektor, Ph.d., Lungesygdomme, Medicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle. Mail: morten.hornemann.borg@rsyd.dk

Formand for Dansk Lunge Cancer Register (DLCR): Majken Munk Brønserud, Speciallæge i thoraxkirurgi, Ph.d., Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk Afdeling T, Odense Universitetshospital. Mail: Majken.Munk.Bronserud@rsyd.dk

SundK kontaktperson: Chefkonsulent Monika Madsen, Kvalitetsenhed C: Kræft, neurologi, lindring og smerter, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK). Mail: monims@sundk.dk

Udgiver:

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Versionsdato: Officiel version per 26/06/26

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Beskrivelse af sygdomsområdet

Dansk Lunge Cancer Gruppe og Dansk Lunge Cancer Register

I Danmark diagnosticeres årligt godt 5.000 patienter med lungecancer, og på trods af markante prognoseforbedringer igennem årene er sygdommen fortsat den cancersygdom, flest danskere dør af.

Tilbage i 1990'erne var resultaterne af behandlingen af lungecancer i Danmark markant dårligere end i vores nabolande (bl.a. Norge, Sverige, Finland og Tyskland), og de danske patienter med lungecancer havde en 5-års overlevelse på kun 5%. Derfor etablerede man i 1992 Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG); en tværfaglig og tværsektoriel gruppe bestående af repræsentanter udpeget af alle videnskabelige selskaber, faglige grupper m.v., der beskæftiger sig med alle former for diagnostik og behandling af lungecancer.

DLCG udviklede Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) mhp. at kunne registrere aktiviteten omkring lungecancerpatienter, samt sikre at udredning og behandling af lungecancer i Danmark lever op til internationalt gældende standarder, ved kontinuerlig kvalitetsmonitorering og -forbedring.

DLCG har igennem årene lagt et stort arbejde i at udvikle og revidere danske retningslinjer for diagnostik, behandling, samt opfølgning efter lungecancer. Kvaliteten monitoreres ved handlebare kvalitetsindikatorer i DLCR, samt ved løbende audits og årlige opgørelser over overlevelse. Denne årsrapport fra DLCR er en del af dette kvalitetsarbejde.

DLCR inkluderede den første patient i januar 2000. Siden har de danske afdelinger, som beskæftiger sig med udredning og behandling af lungecancer, indrapporteret mere end 100.000 patientforløb til registeret. I dag omfatter DLCR mere end 95% af alle nye tilfælde af lungekræft i Danmark. Prognosen ved lungecancer er i dag betydeligt forbedret, og 5-års overlevelsen efter diagnose er i dag 27,8%.

Antallet af nye lungekræfttilfælde registreret i DLCR ligger fortsat på omkring 5.000 årligt (rå-data), men i 2025 har vi observeret det hidtil højeste antal med 5.154 nye tilfælde. Den absolutte incidens af lungecancer har været stigende siden etableringen af DLCR, dels som resultat af ryge-prævalensen i befolkningen for 40-50 år siden, og dels som følge af befolkningens stigende levealder. Når der tages højde for udvikling over tid i alders- og kønssammensætningen i den danske befolkning ved beregning af den alders- og kønsstandardiserede incidensrate viser resultaterne i både DLCR Årsrapport 2025, og beregninger fra NORDCAN, at den standardiserede incidensrate af lungekræft har været faldende siden 2010. Data i NORDCAN viser tilsvarende en faldende standardiseret mortalitetsrate for lungekræft siden 2010 (<https://nordcan.iarc.fr/enref>).

Den demografiske profil for patienterne er under forandring. Den mediane alder på diagnosetidspunktet har de seneste år vist en let stigende trend og ligger aktuelt på 73 år. Samtidig udgør kvinder en stadigt voksende andel af patienterne, med en stigning fra 51,1 % i 2018 til 54,4 % i 2025.

Patientpopulation

Patientpopulationen for DLCR identificeres på baggrund af data som er registreret i Landspatientregisteret (LPR), suppleret med information om patientpopulationen fra Patologiregisteret. DLCR inkluderer alle patienter med en WHO ICD10 diagnosekode for lungekræft (DC34) eller kræft i luftrøret (DC33) fra 2003 og frem. Ultimo juni 2021 er patienter med lungehindekræft (malignt pleuralt mesotheliom, DC45) ligeledes inkluderet i populationen for DLCR (fra og med 2003). Mesotheliom populationen er per 29. juni 2021 implementeret i DLCR som en selvstændig patientpopulation.

Data fra de danske sundhedsregistre

DLCR er på patientniveau forløbsbaseret, og anvender data fra Landspatientregisteret, Patologiregisteret og CPR-registeret. Data til DLCR sendes over Sundhedsdatanettet, som er koblet op til landets regioner. I dag er 28 afdelinger, som beskæftiger sig med udredning eller behandling af sygdommen, tilknyttet DLCR, og leverer løbende data til registeret. Siden 2011 har DLCR været tilknyttet det tidligere Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP), nu Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Den Nationale Kliniske Kræftdatabase - DNKK

Den 1. januar 2013 overgik DLCR til at anvende algoritmen bag Den Nationale Kliniske Kræftdatabase (DNKK). DNKK er udviklet af DLCR i samarbejde med Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og SundK. DNKK anvender alle tilgængelige informationer om udredning og behandling i de danske nationale sundhedsregistre: Landspatientregisteret (LPR) og Patobank, samt det Centrale Personregister (CPR) med henblik på samkøring af data indsamlet direkte til databasen. Dette betyder reduktion af registreringsopgaven i afdelingerne. DNKK henter sine data i de danske sundhedsregistre, men disse registre indeholder ikke al information til DLCR. Derfor anvender DLCR et inddateringssystem (TOPICA), hvor data fra DNKK indlæses automatisk og suppleres efter behov. For nærmere beskrivelse af DNKK henvises til DLCRs tidligere årsrapporter.

DLCR i fremtiden

DLCR gennemgår i løbet af 2026 en omlægning, hvor databasen flyttes fra den hidtil anvendte inddateringsplatform TOPICA til en ny, rent registerbaseret database, nyDLCR, hvor de primære datakilder er Landspatientregisteret (LPR), Patologiregisteret og CPR-registeret. DLCR Årsrapport 2025 samt årsrapporten for 2026 vil dog fortsat være baseret på data fra DLCR via TOPICA, som kendt gennem årene tidligere.

For flere oplysninger om omlægning af DLCR til nyDLCR, se www.lungecancer.dk

Indberettende afdelinger

Indberettende enheder er alle afdelinger i Danmark, som udreder og/eller behandler patienter med lungekræft.

Udredning - Lungemedicinske afdelinger per juni 2026:

- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Herlev og Gentofte Hospital
- Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- Sjællands Universitetshospital, Næstved

- Odense Universitetshospital
- Sygehus Lillebælt, Vejle
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Gødstrup
- Regionshospitalet Randers
- Hospitalsenhed Midt
- Aalborg Universitetshospital

Kirurgi - Thoraxkirurgiske afdelinger per juni 2026:

- Rigshospitalet
- Odense Universitetshospital
- Aarhus Universitetshospital
- Aalborg Universitetshospital

Onkologi - Onkologiske afdelinger per juni 2026:

- Rigshospitalet
- Herlev og Gentofte Hospital
- Hillerød Hospital
- Bornholms Hospital
- Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- Sjællands Universitetshospital, Næstved
- Odense Universitetshospital
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
- Sygehus Lillebælt, Vejle
- Regionshospitalet Gødstrup
- Aarhus Universitetshospital
- Aalborg Universitetshospital

Datagrundlag og dækningsgrad

Skæringsdato for data til DLCR Årsrapport 2025

Datagrundlaget for DLCR Årsrapport 2025 er valideret og/eller indberettet til DLCR senest 28. februar 2026, for forløb med diagnosedato i perioden 2003 til og med 31.12.25. Dato for frysning af datasættet til årsrapporten var d. 6. marts 2026.

Dækningsgrad for DLCR

Da DLCR baseres på LPR og Patologiregisteret er det ikke muligt at opgøre en løbende dækningsgrad ved anvendelse af en alternativ, uafhængig datakilde som gylden standard. Cancerregisteret repræsenterer den eneste alternative, uafhængige datakilde for opgørelse af dækningsgrad for DLCR, men da Cancerregisteret opdateres med et lag på 1-2 år kan registeret ikke anvendes til dækningsgradsopgørelse i den løbende drift. Den senest opdaterede nationale incidens baseret på data i Cancerregisteret viser en incident population på 5183 patienter i 2024, heraf var 2786 kvinder og 2397 mænd (<https://nordcan.iarc.fr/en> per 15/04/26). Til sammenligning er der i DLCR ved frysning af data til Årsrapport 2025 per 6. marts 2026 registreret i alt 5003 udredte patienter med diagnosedato i 2024.

I 2020 publiceredes et studie i Ugeskrift for Læger (1), som opgør agreement mellem DLCR og Cancerregisteret. Resultaterne viste et agreement (overensstemmelse) mellem DLCR og Cancerregisteret på 87% for perioden 2013-2014. Studiet viste også, at en vis andel patienter kun var registreret i DLCR (8%) eller i Cancerregisteret (6%). Ved validering mod Cancerregisteret bør det bemærkes, at Cancerregisteret monitorerer den nationale

incidens af lungekræfttilfælde i Danmark, mens DLCR kun inkluderer de patienter, som er set og udredt eller behandlet på hospital.

På baggrund den registerbaserede dannelse af patientforløb og den efterfølgende kliniske validering af patientforløb i DLCR-TOPICA skønnes dækningsgraden for DLCR at være i overensstemmelse med kravet om $\geq 90\%$ jf. *Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser* (BEK nr. 881 af 26/06/2018). Studiet af Christensen J et al (2020) understøtter denne vurdering.

Datakomplethed for DLCR

Datakomplethed vurderes i relation til de enkelte kvalitetsindikatorer, og er på 100% for de aktuelt officielt gældende indikatorer af rapporteret i DLCR Årsrapport 2025. Datakomplethed på patientniveau for det enkelte patientforløb er vanskeligere at afgøre, men da DLCR primært baseres på data som er obligatoriske at registrere i PAS systemerne kombineret med klinisk validering, vurderes datakompletheden på patientniveau at være tæt på 100% efter overgang til registerbaseret etablering af patientforløb (DNKK-model) per 1. januar 2013.

Data i DLCR

Diagnosedatoen for et lungecancerforløb i DLCR fastsættes som forløbsstartsdatoen, og er efter overgang til DNKK-model pr. 1. januar 2013 identisk med dato for start på udredning. Oprettelse af et patientforløb i DLCR er afhængig af, at de nødvendige data for alle relevante begivenheder i et forløb er modtaget i dataudtræk fra LPR. LPR er afhængig af, at de patientadministrative systemer indberetter afdelingernes aktiviteter, og de patientadministrative systemer er igen afhængig af at afdelingerne så tidstro som muligt færdigregistrerer patientforløbene. Der er således i systemerne og data flowet flere muligheder for forsinkelser. DLCR modtager via SundK opdaterede udtræk fra LPR en gang ugentligt og fra Patologiregisteret én gang månedligt. Således indlæses nye patientforløb til validering 2-3 gange om måneden i databasen. De beskrevne muligheder for forsinkelse påvirker antallet af registrerede nye patienter i DLCR, særligt de sidste måneder af året. Tilsvarende vil registreringen af aktiviteter blive påvirket.

DLCR indeholder data fra år 2000 og frem, men det blev besluttet ved overgang til DNKK-model per januar 2013 ikke længere at vise data fra før 2003. Dette har to primære årsager: For det første er datakompletheden i DLCR før 2003 forholdsvis ringe og data i LPR giver ikke mulighed for med tilstrækkelig høj kvalitet at supplere med data fra LPR. Dernæst startede DLCR samarbejdet med Det Nationale Indikator Projekt i 2003, hvorfor dataindholdet siden har været sammenligneligt over årene modsat tidligere. Vedrørende oplysninger for diagnoseårene 2000–2002 henvises til relevante årsrapporter på www.lungecancer.dk. Der er i 2015 via DNKK indhentet alle behandlingsoplysninger fra LPR for forløb før 2013, som tidligere har manglet. Således at der nu er komplet LPR-registrering fra 2003 og frem.

(1): Christensen J, Kejs AMT, Schmidt LKH, Søgaard J, Rasted MC, Andersen O, Jakobsen E. Agreement between the Danish Cancer Registry and the Danish Lung Cancer Registry. *Dan Med J* 2020;67(8):A04190257.

Datagrundlag for DLCR Årsrapport 2025

Fil 12.1 - Datagrundlag for DLCR Årsrapport 2025

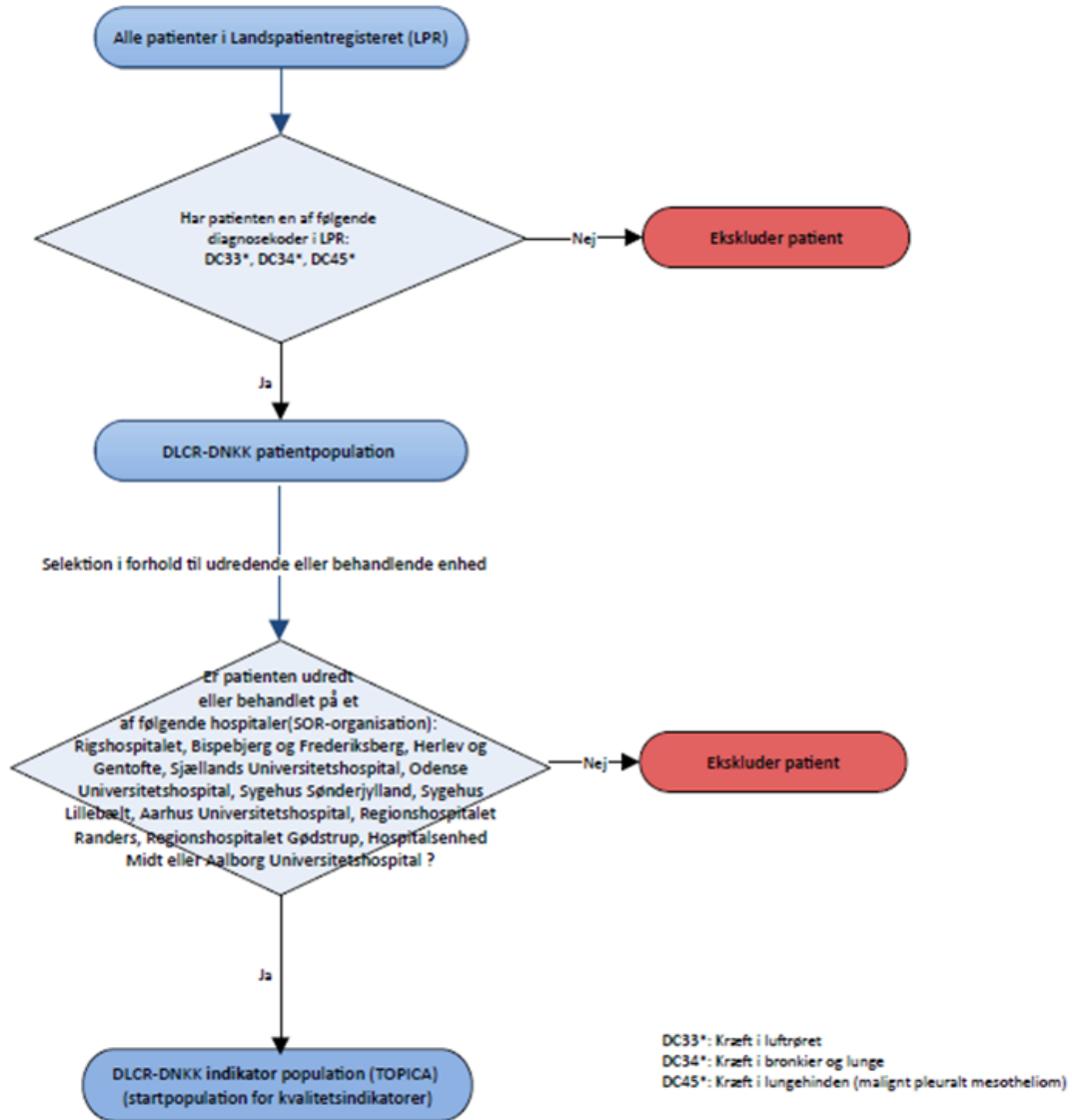
Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Datagrundlagstabeller, 2018-2025

Figur 12.2 - DLCR - Flowchart

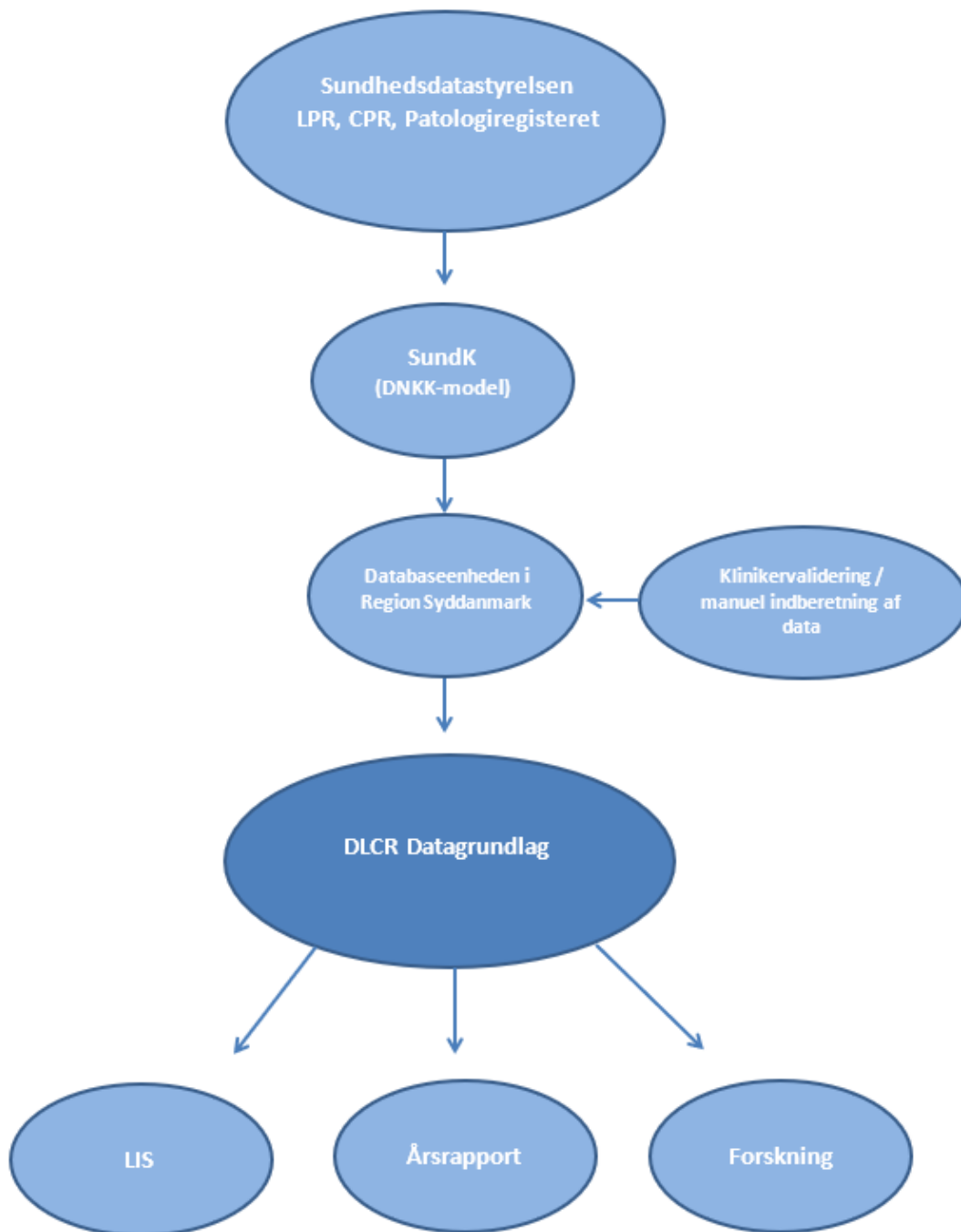
Dansk Lunge Cancer Register (DLCR)

DLCR-DNKK populationsspecifikation per 01.01.2013 efter overgang til DNKK model per 01.01.2013
 TOPICA Inddateringsplatform
 Gældende per 01.01.2024



Flow-chart for DLCR populationen

Figur 12.3 - DLCR - Dataflow



Dataflow for data i DLCR datasættet

Supplerende opgørelser

Udredning

I 2025 blev 5.154 patienter diagnosticeret med lungecancer – et tal, der lå på niveau med tidligere år. Den aldersstandardiserede incidens varierede dog mellem regionerne: fra 94,9 pr. 100.000 indbyggere i Region Nordjylland (højeste) til 73,1 pr. 100.000 i Region Hovedstaden (laveste). Siden 2010 er den aldersstandardiserede incidensrate imidlertid faldet i alle regioner, med det mest markante fald i Region Hovedstaden (fra 97,0 til 73,1 pr. 100.000).

Medianalderen ved diagnose har været stigende siden 2018, men har ligget stabilt på 73 år siden 2022. Andelen af kvinder fortsætter sin stigning og udgjorde i 2025 54,4 % af tilfældene. Tobaksforbruget var oplyst for de fleste patienter, og knap 8 % havde aldrig røget – et tal, der stemmer overens med tidligere år.

Data om stadier var næsten fuldstændige: Kun 1,4 % af patienterne havde ukendt stadie, hvilket er det laveste niveau nogensinde. Fordelingen af kliniske stadier i 2025 viste, at godt 39% blev diagnosticeret i operabelt/kurabelt stadie (cStadie I og II) – en betydelig stigning siden 2018. Især andelen af cStadie IA er steget og udgør nu næsten 20% af alle udredte patienter mod 15% i 2018. Andelen af patienter i det mest avancerede stadie, cStadie IV, forblev høj på knap 43% (for patienter diagnosticeret i 2024), men med et mindre fald fra 46% i 2018.

Hvad angår patologyper, ses der over de seneste syv år (2018–2025) en stabil stigning i andelen af adenokarcinomer på 4,6 procentpoint – fra 47,7% til 52,3%. Denne udvikling kunne hænge sammen med den højere andel af lungecancer i cStadie IA, hvilket svarer til observationer fra screeningsstudier. Der fortsætter med at være betydelige forskelle i de dominerende patologyper mellem køn. I 2025 havde 57,3% af kvinderne adenokarcinom, mens kun 13,7 % havde planocellulært karcinom. Blandt mænd var andelen af adenokarcinom 46,2%, mens 24,9% havde planocellulært karcinom. Andelen af småcellet karcinom forblev stabil på lidt over 12%.

Med hensyn til analyser for targeterbare mutationer eller translokationer var der fortsat regionale forskelle i registreringen. Det er vanskeligt at vurdere, om dette skyldes forskelle i registreringspraksis eller i udvælgelsen af analyser. Under audit af årsrapporten i DDLCG-regi blev disse variationer drøftet. Det umiddelbare indtryk var, at forskellene i de registrerede data ikke afspejler den faktiske praksis i udredningsenhederne. En mulig forklaring kunne være, at tidspunktet for, hvornår NGS-data registreres i Topica under udrednings- eller behandlingsforløbet, varierer.

Zaigham Saghir, Overlæge, ph.d og klinisk lektor, Lungemedicinsk sektion, Medicinsk Afdeling, Herlev-Gentofte Hospital og Københavns Universitet.

Formand for Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG)

Kapitel 7.1 - Udredning

Fil 13.1 - Udredning

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Supplerende opgørelser for Udredning

Kirurgi

På niende år er der stort set uændret diagnosticeret godt 5000 patienter med lungecancer. I 2025 således 5164 patienter, og af disse er 1352 patienter blevet opereret. Resektionsraten er forsat stigende, nationalt 30%, og alle regioner er over udviklingsmålet på 26 %, og med mindre regionale forskelle end tidligere set. Der ses stadig regionale forskelle i antallet af udførte segment- og sleeve-resektioner. Således tilbydes disse operationstyper i højere grad til respiratoriske marginale patienter i region Nordjylland og Hovedstaden.

Andelen af patienter, der drøftes ved MDT konference, er nu tæt på nationalt at være opfyldt med 94,2%. Der er dog forsat regionale forskelle med et spænd på 6,9 % (91,6% til 98,5%) i Region Sjællands favør. Selvom der kan være forskel i registreringspraksis, så er forudsætningen for national ensartethed i behandlingsstrategi, at alle patienter drøftes ved en MDT-konference, og det påhviler de enkelte MDT'er at dette opfyldes.

Den operative risiko er uændret lav med en 30 dages mortalitet på 0,6 % med et spænd på 0,2% til 1,1%. Kirurgigruppen har auditeret samtlige dødsfald indenfor 90 dage, uden at der er fundet fælles træk for dødsfaldene.

Registreringen af komplikationer er sandsynligt retvisende, om end der forsat er regionale forskelle. Disse må skyldes forskellig registreringspraksis snarere end reelle forskelle. Således oplever 23% af de opererede patienter en eller flere komplikationer. Fokus må forsat opretholdes og fremtidig ensartet registrering på landsplan sikres, da liggetiden 3-dobles, for hver komplikation der tilstøder.

5 års overlevelsen efter operation har været jævnt stigende gennem årene, og for patienter opereret i 2020 er 67 % i live 5 år efter operationen. Kaplan-Meier estimatet for perioden 2021-2025 er 68% med næsten 10% spænd mellem regionerne fra 63,6% i region Sjælland til 73,5% i region Hovedstaden.

Andelen af patienter der opereres med minimal invasiv teknik (VATS) er uændret 88% på landsplan med regionale forskelle fra 83% til Rigshospitalets 95%.

Den dominerende operationstype er uændret lobektomi (78%), mens pneumonektomi er uændret lav (1%). Antallet af kile-resektioner er stagneret, mens antallet af lungevævs-sparende operationer som segment-resektioner og sleeve-resektioner fortsat er på et lavt niveau med store regionale forskelle. Disse regionale forskelle er igen drøftet i kirurgigruppen og fokus opretholdes fremadrettet.

Jesper Ravn, Chef læge, Thoraxkirurgisk afdeling, Rigshospitalet, Region Hovedstaden.

Formand for Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe (DKLCCG)

Kapitel 7.2 - Kirurgi

Fil 14.1 - Kirurgi

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Supplerende opgørelser for Kirurgi

Onkologi

Den 26.05.26 fik vi på DOLG-møde gennemgået årsrapporten ved DLCR's nye leder speciallæge Majken Munk Brønserud Afd. T, OUH, med fokus på de onkologiske data.

Ligesom de sidste 2 år er der noget der tyder på at de manuelt indtastede data i den onkologiske formular i TOPICA, varierer hen over regionerne og behandlingssted. Dette er problematisk da disse data indgår i 5 indikatorer.

På DOLG-mødet drøftede vi bl.a. Region Sjælland og Sygehus Lillebælt, hvor der begge steder er en stor del af dem der starter et kurativt intenderet (kemo) stråleforløb, som ikke gennemfører.

Region Sjælland har set på deres data, og fundet at årsagen er at deres patienter har været for skrøbelige til at kunne tåle et sådant intensivt behandlingsforløb, så tallene er korrekte. På baggrund af dette sættes der nu ind for at udvælge de patienter der skal ind i et sådant forløb, bedre. Desuden er der begyndt et arbejde med at få etableret mulighed for præ-habilitering med diætist og fysioterapeut før opstart på behandling, i håb om at flere så vil kunne få dette behandlingstilbud og gennemføre det.

På Sygehus Lillebælt har vi fundet at de fleste er registrerings fejl, hvor den der har opgaven med at taste intentionen og om behandlingen er gennemført, har fejltolket og registreret forkert. Det er der nu ved at blive rettet op på, men slår først igennem i næste års rapport.

Til DLCR-mødet med gennemgang af årsrapporten drøftede vi endnu engang de regionale forskelle i andelen af patienter i stadie IV som får onkologisk behandling indenfor 365 dage efter diagnose. Vi er meget glade for beslutningen om at der bliver udarbejdet en test indikator hvor der afgrænses til PS 0-2, da vi er overbeviste om at så vil forskellen udligne sig, eller i hvert fald blive markant mindre. Dette da der meldes ude fra klinikkerne, at det er fordi patienterne er for dårlige når de kommer til samtale i den onkologiske klinik, til at de kan blive tilbudt behandling.

Christa Haugaard Nyhus, Ledende overlæge, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus.

Formand for Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG)

Kapitel 7.3 - Onkologi

Fil 15.1 - Onkologi

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Supplerende opgørelser for onkologi

Overlevelse og mortalitet - Udredning, Kirurgi, Onkologi

Kapitel 8 - Overlevelse og mortalitet - Udredning, Kirurgi og Onkologi

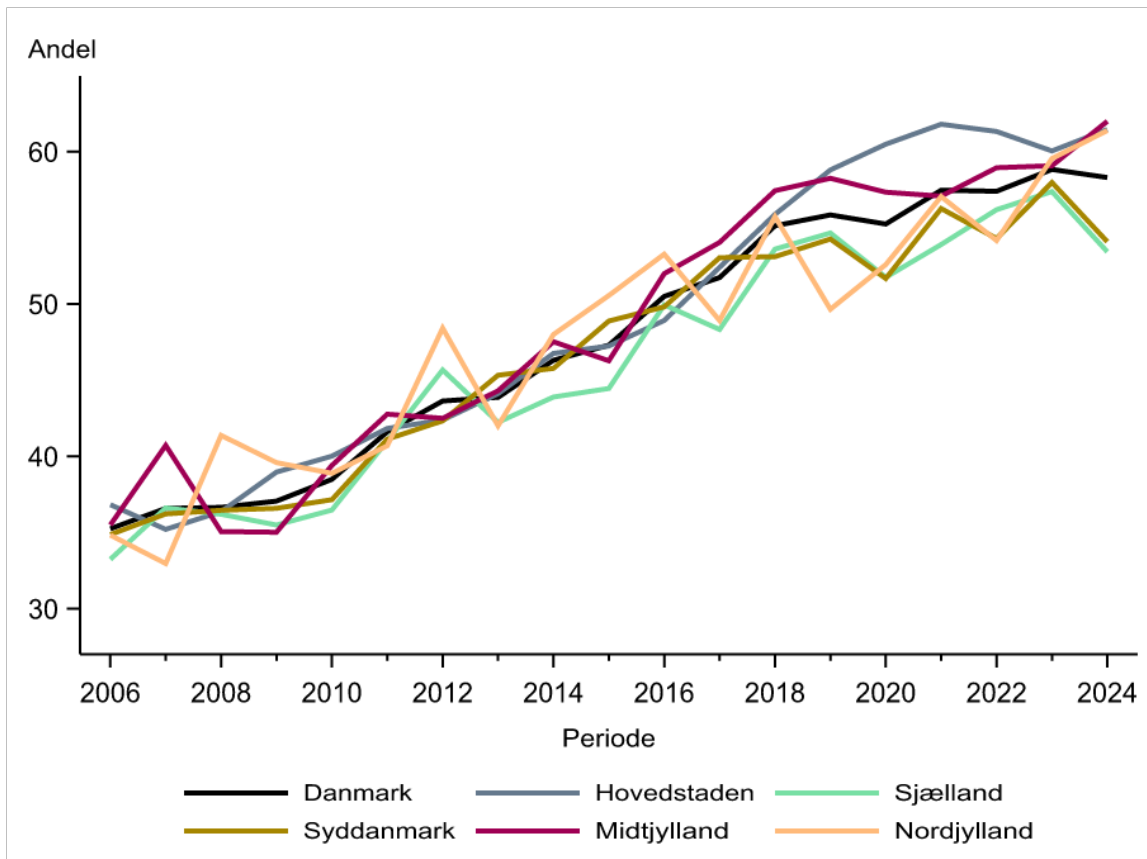
Fil 16.1 - Overlevelse og mortalitet - Udredning, Kirurgi og Onkologi

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Supplerende opgørelser for overlevelse og mortalitet - Samlet kapitel for Udredning, Kirurgi og Onkologi

Etårs overlevelse efter diagnose, 2006-2024

Figur 17.1 - Etårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2006-2024



Trendgraf for etårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2006-2024

Tabel 17.2 - Etårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2021-2024

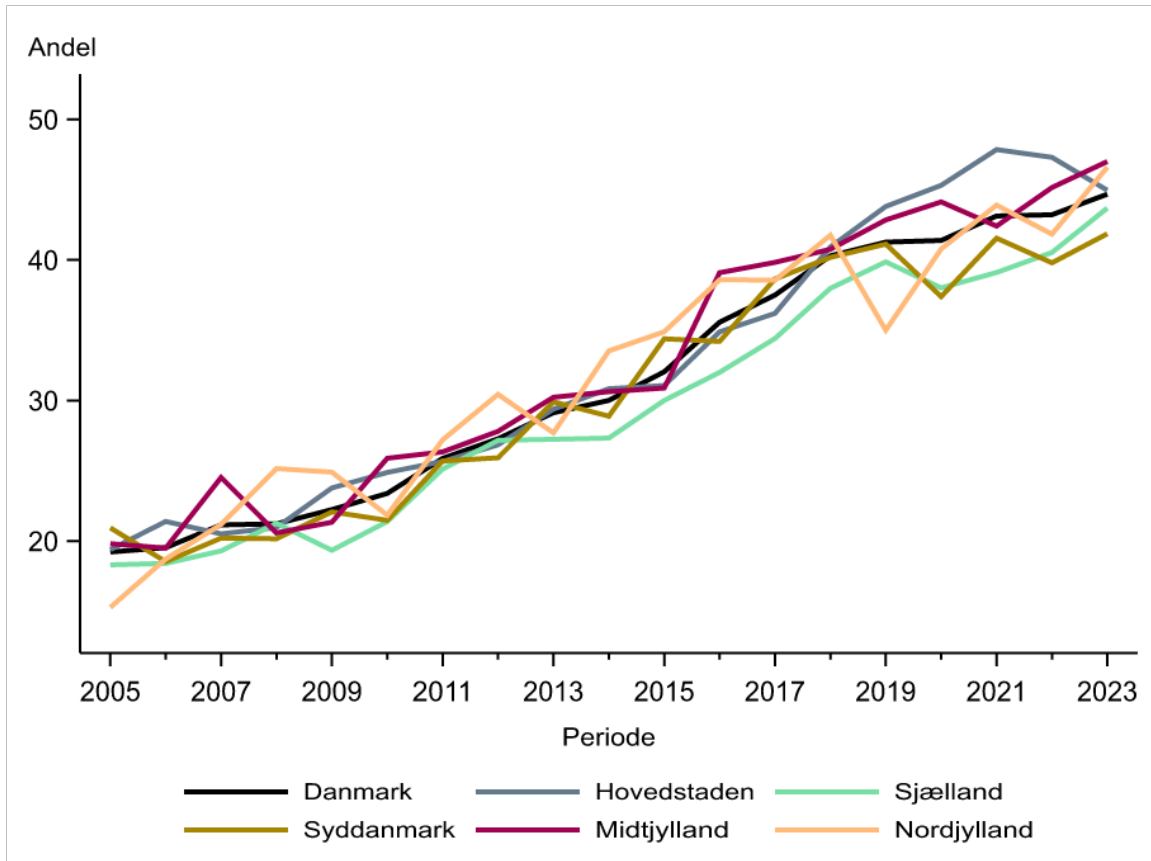
Udviklings mål opnået	Tæller/nævner	Aktuelle år		Tidligere år			
		01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022	2021	
		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	
Danmark	2.907 / 4.986	58,3	(56,9-59,7)	3.007 / 5.111	58,8	57,4	57,5
Hovedstaden	708 / 1.152	61,5	(58,6-64,3)	762 / 1.269	60,0	61,3	61,8
Sjælland	491 / 919	53,4	(50,1-56,7)	482 / 840	57,4	56,2	53,9
Syddanmark	655 / 1.211	54,1	(51,2-56,9)	705 / 1.216	58,0	54,3	56,3

	Aktuelle år				Tidligere år		
	Tæller / Nævner	Andel	95% CI	Tæller / Nævner	Andel	Andel	Andel
Midtjylland	708 / 1.142	62,0	(59,1-64,8)	690 / 1.168	59,1	58,9	57,1
Nordjylland	345 / 562	61,4	(57,2-65,4)	368 / 618	59,5	54,2	57,1

Tabel for etårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2021-2024

Toårs overlevelse efter diagnose, 2005-2023

Figur 18.1 - Toårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2005-2023



Trendgraf for toårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2006-2024

Tabel 18.2 - Toårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2020-2023

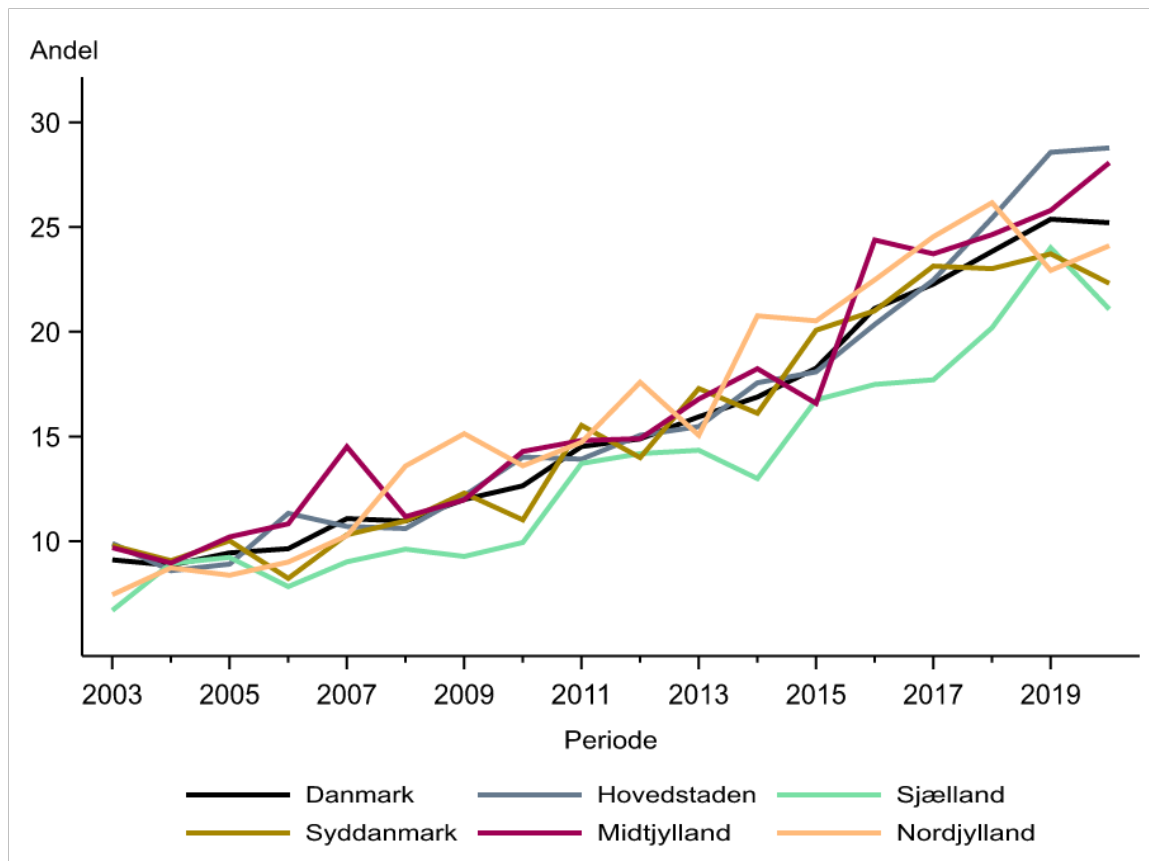
	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år			
			Andel	95% CI	2022	2021	2020	
					Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark		2.283 / 5.110	44,7	(43,3-46,1)	2.210 / 5.114	43,2	43,1	41,4
Hovedstaden		570 / 1.268	45,0	(42,2-47,7)	578 / 1.222	47,3	47,9	45,3
Sjælland		367 / 840	43,7	(40,3-47,1)	383 / 945	40,5	39,1	38,0
Syddanmark		509 / 1.216	41,9	(39,1-44,7)	458 / 1.151	39,8	41,5	37,4

	Aktuelle år				Tidligere år		
	Tæller / Nævner	Andel	95% CI	Tæller / Nævner	Andel	Andel	Andel
Midtjylland	549 / 1.168	47,0	(44,1-49,9)	540 / 1.196	45,2	42,4	44,1
Nordjylland	288 / 618	46,6	(42,6-50,6)	251 / 600	41,8	43,9	40,8

Tabel for toårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2020-2023

Femårs overlevelse efter diagnose, 2003-2020

Figur 19.1 - Femårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2003-2020



Trendgraf for femårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2003-2020

Tabel 19.2 - Femårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2017-2020

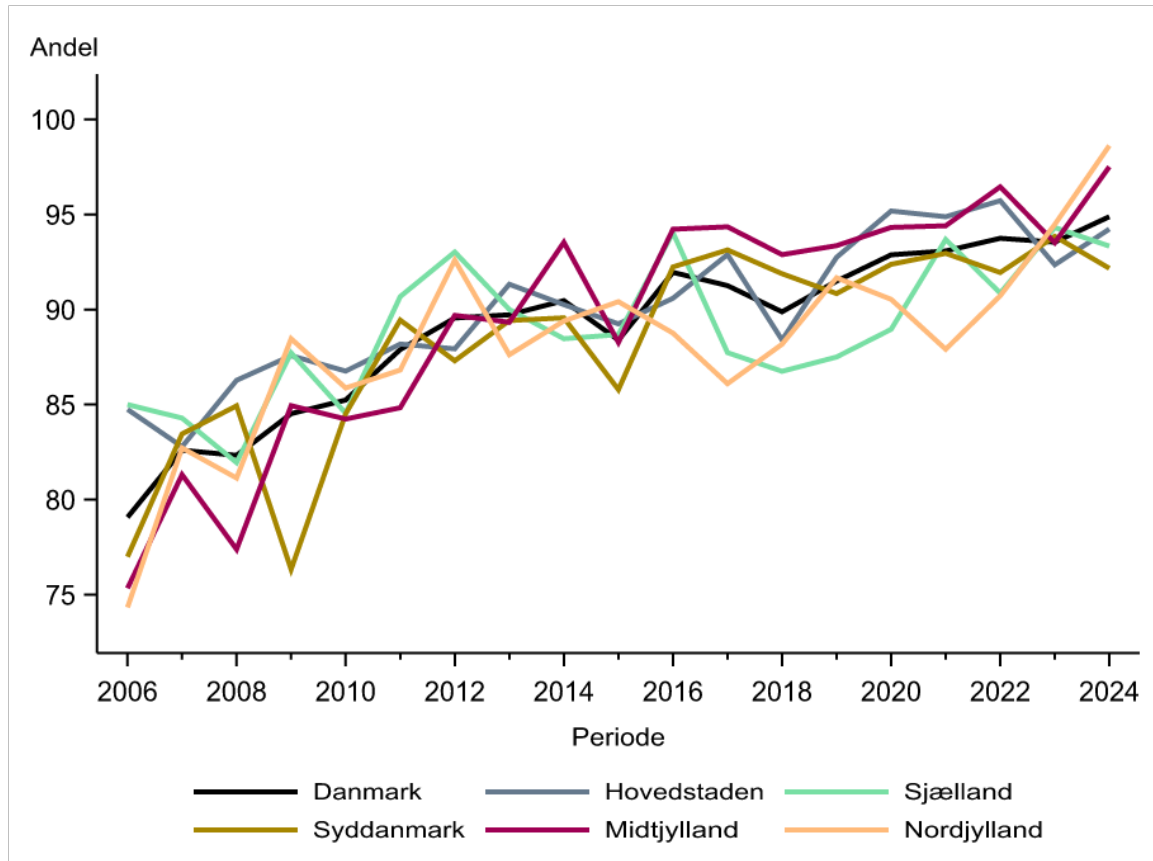
	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år			
			01.01.2020 - 31.12.2020		2019			
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark		1.240 / 4.919	25,2	(24,0-26,4)	1.271 / 5.009	25,4	23,8	22,3
Hovedstaden		352 / 1.223	28,8	(26,3-31,4)	362 / 1.267	28,6	25,4	22,5
Sjælland		180 / 854	21,1	(18,4-24,0)	206 / 858	24,0	20,2	17,7
Syddanmark		253 / 1.134	22,3	(19,9-24,8)	278 / 1.172	23,7	23,0	23,1

	Aktuelle år				Tidligere år		
	Tæller / Nævner	Andel	95% CI	Tæller / Nævner	Andel	Andel	Andel
Midtjylland	306 / 1.090	28,1	(25,4-30,8)	292 / 1.132	25,8	24,6	23,7
Nordjylland	149 / 618	24,1	(20,8-27,7)	133 / 580	22,9	26,2	24,5

Tabel for femårs overlevelse efter diagnose, fordelt på bopælsregion, 2017-2020

Etårs overlevelse efter resektion, 2006-2024

Figur 20.1 - Etårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2006-2024



Trendgraf for etårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2006-2024

Tabel 20.2 - Etårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2021-2024

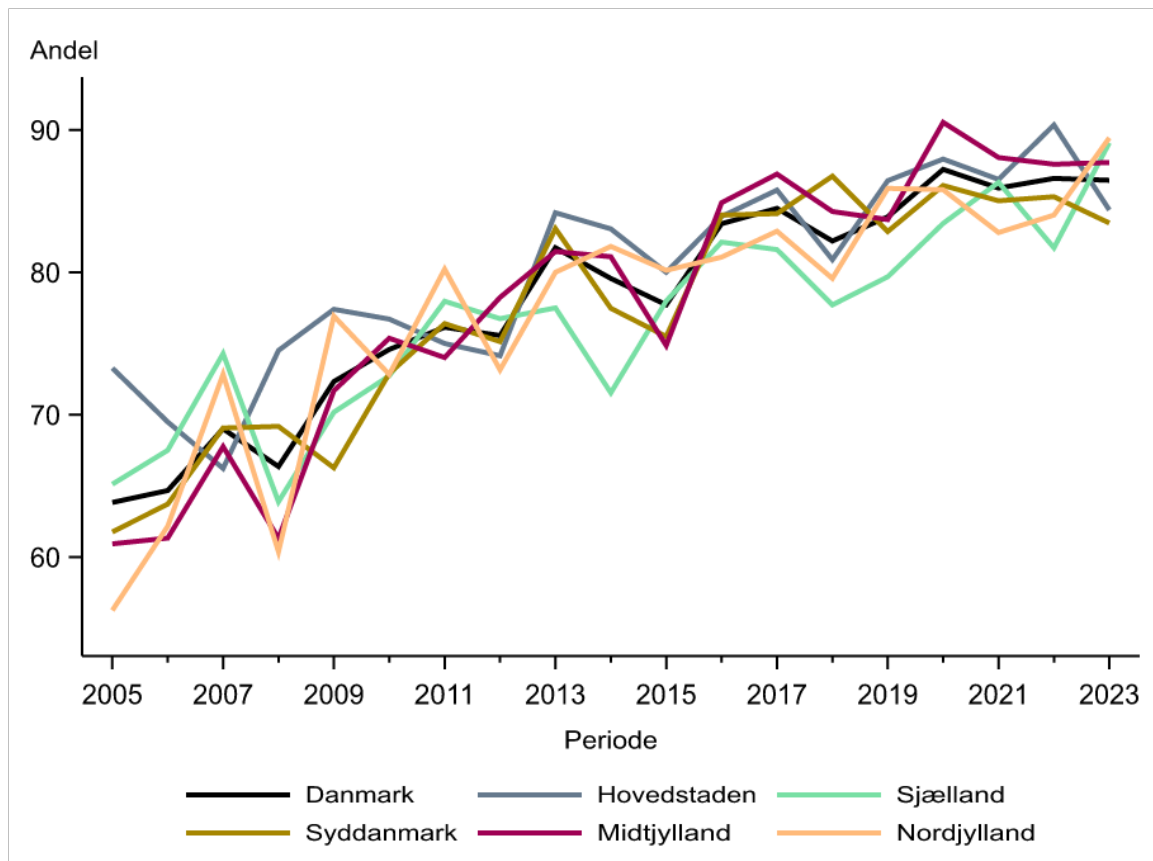
	Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2024 - 31.12.2024		Tidligere år			
			Andel	95% CI	2023	2022	2021	
					Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark		1.168 / 1.231	94,9	(93,5-96,0)	1.231 / 1.316	93,5	93,7	93,1
Hovedstaden		294 / 312	94,2	(91,0-96,5)	326 / 353	92,4	95,7	94,9
Sjælland		210 / 225	93,3	(89,2-96,2)	199 / 211	94,3	90,9	93,7
Syddanmark		247 / 268	92,2	(88,3-95,1)	244 / 260	93,8	91,9	93,0

	Aktuelle år				Tidligere år		
	Tæller/nævner	Andel	95% CI	Tæller/nævner	2022 Andel	2021 Andel	2020 Andel
Midtjylland	274 / 281	97,5	(94,9-99,0)	274 / 293	93,5	96,5	94,4
Nordjylland	143 / 145	98,6	(95,1-99,8)	188 / 199	94,5	90,7	87,9

Tabel for etårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2021-2024

Toårs overlevelse efter resektion, 2005-2023

Figur 21.1 - Toårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2005-2023



Trendgraf for toårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2006-2024

Tabel 21.2 - Toårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2020-2023

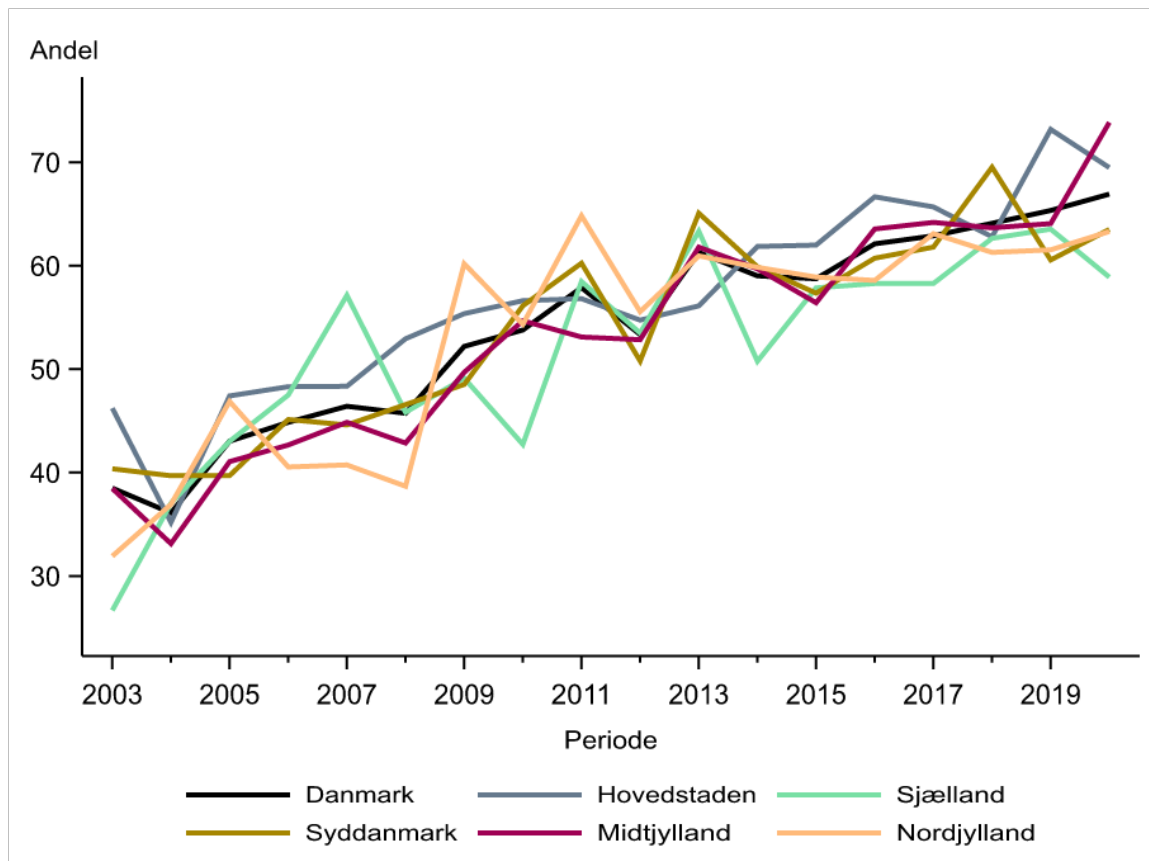
	Udviklings mål opnået	Tæller/nævner	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år			
			Andel	95% CI	2022	2021	2020	
					Antal	Andel	Andel	Andel
Danmark		1.137 / 1.315	86,5	(84,5-88,3)	1.079 / 1.246	86,6	85,9	87,2
Hovedstaden		297 / 352	84,4	(80,2-88,0)	337 / 373	90,3	86,5	88,0
Sjælland		188 / 211	89,1	(84,1-93,0)	152 / 186	81,7	86,3	83,4
Syddanmark		217 / 260	83,5	(78,4-87,8)	180 / 211	85,3	85,0	86,1

	Aktuelle år				Tidligere år		
	Tæller / Nævner	Andel (%)	95% CI	Tæller / Nævner	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)
Midtjylland	257 / 293	87,7	(83,4-91,2)	247 / 282	87,6	88,1	90,5
Nordjylland	178 / 199	89,4	(84,3-93,3)	163 / 194	84,0	82,8	85,8

Tabel for toårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2020-2023

Femårs overlevelse efter resektion, 2003-2020

Figur 22.1 - Femårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2003-2020



Trendgraf for femårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2003-2020

Tabel 22.2 - Femårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2017-2020

Udviklings mål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år			
		Andel (%)	95% CI	2019	2018	2017	
				Antal	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)
Danmark	769 / 1.149	66,9	(64,1-69,6)	775 / 1.186	65,3	64,1	62,9
Hovedstaden	230 / 331	69,5	(64,2-74,4)	232 / 317	73,2	62,8	65,7
Sjælland	96 / 163	58,9	(50,9-66,5)	122 / 192	63,5	62,7	58,3
Syddanmark	141 / 222	63,5	(56,8-69,9)	152 / 251	60,6	69,5	61,8

	Aktuelle år			Tidligere år			
Midtjylland	195 / 264	73,9	(68,1-79,1)	173 / 270	64,1	63,7	64,2
Nordjylland	107 / 169	63,3	(55,6-70,6)	96 / 156	61,5	61,3	63,1

Tabel for femårs overlevelse efter resektion, fordelt på bopælsregion, 2017-2020

Mesotheliom - Rapport 2025

I årets rapport er behandlet data for patienter diagnosticeret med lungehindekræft/pleuralt mesotheliom i perioden 2014-2025. Data præsenteres som tidligere grundet den lave incidens i 3-års kohorter – dels samlet og dels opdeling i de 5 regioner. Udover forekomst kigges der på overlevelsesdata, resektionsrate samt på overlevelsesdata på disse opererede patienter. Man præsenterer ydermere data for den samlede population i forhold til demografi, patologi, stadier, asbesteksponering samt data vedrørende onkologisk behandling i form af systemisk behandling og stråleterapi.

Ved gennemgang af rapportens omfattende data ses at forekomsten af pleuralt mesotheliom fortsat ganske uændret sammenlignet med tidligere. Man ville nok egentlig forvente et fald i incidens med tanke på de regulationer vedrørende håndtering af asbest der efterhånden har været gældende i tilstrækkelig lang tid til at dette burde vise sig – men hvis man tager højde for at udredning og diagnosticering i perioden nok er blevet bedre i perioden, er den stagnerende forekomst nok i virkeligheden udtryk for et lille fald. Dette vil forhåbentlig afspejle sig i et snarligt begyndende fald over de næste år.

Den mediane alder ved diagnose ses over tidsperioden stigende, fra 72 år i 2014-2016 til 77 år i 2023-2025.

Der er fortsat nogen usikkerhed omkring indrapportering af histologisk undertype, hvilket kan skyldes at mange patienters patologi bliver gentaget og revideret flere gange, og her kan der ske det at kun den først indrapporterede type, som ofte er uspecifik, er den der fanges af algoritmen. Der vil blive kigget på om noget kan gøres for at få inkluderet de mere specifikke revisioner i datamaterialet.

For patienter, som er registeret med asbesteksponering, er der udført arbejdsmedicinsk vurdering hos 76,2 %. Der vil naturligvis være patienter som takker nej til denne vurdering men disse må forventes at være få og tallet burde således kunne komme højere op.

I forhold til overlevelse både totalt samt efter resektion kan man ikke se en entydig hverken forbedring eller forringelse, men datagrundlaget er trods 3-årskohorter meget lille og konfidensintervallerne brede og derfor er det fortsat svært at udtale sig entydigt om, hvordan overlevelsen udvikler sig ud fra disse data.

Resektionsraten opgjort på regioner er nok i virkeligheden et surrogatmål for henvisningsmønsteret til kirurgi da alle patienter opereres på Rigshospitalet. Resektionsraten ser ud til at have et let fald, hvilket kan være udtryk for at man vedvarende bestræber sig på kun at tilbyde operation til de patienter, som kan forventes at profitere af det. Der bemærkes, at der især hos patienter diagnosticeret i Nordjylland ser ud til at være et lidt mere end gennemsnitligt fald her, og dette kan give anledning til nysgerrighed på om noget har ændret sig i henvisningsmønsteret specifikt her.

Rapporten giver allerede mange værdifulde oplysninger som danner et godt udgangspunkt for kvalitetskontrol og videreudvikling af behandlingsmuligheder og -strategier. Fremover vil man arbejde på at sikre at korrekt patologi bliver registreret og det ville være nyttigt at tilføje yderligere oplysninger vedrørende den onkologiske behandling (kemoterapi, immunterapi, kombinationsbehandling og strålebehandling) så yderligere værdifuld information kan udledes af fremtidige rapporter.

Cecilia Bech Horsted, Overlæge, Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet.

Formand for Mesotheliom gruppen under Dansk Lunge Cancer Register

Mesotheliom - Rapport 2025

Fil 23.1 - Mesotheliom - Rapport 2025

Denne fil kan downloades på web-versionen af årsrapporten.

Mesotheliom - Særkapitel til DLCR Årsrapport 2025 med inklusion af patientpopulation 2014-2025

