Huvud- och halscancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2019

Diagnosår: 2008-2018

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer
(Swedish head and neck cancer register, SweHNCR)

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

Regionalt cancercentrum väst
Västra Sjukvårdsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
SE-413 45 GÖTEBORG

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@rccvast.se

Rapporterna kan laddas ner från
Regionalt cancercentrum väst hemsida www.rccvast.se

©2019 Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen
ISBN 978-91-87663-16-1

Innehållsförteckning

1 FÖRORD **1**

2 ANTAL FALL, TÄCKNINGSGRAD OCH TRENDER **2**

2.1 Täckningsgrad mot Cancerregistret och incidens 2

3 INRAPPORTERING AV ANMÄLAN **8**

4 INRAPPORTERING AV BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING **10**

4.1 Inrapportering av genomförd behandling 10

4.2 Inrapportering av uppföljning 11

5 REGISTRETS VALIDITET **14**

6 DIAGNOS-, ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING **15**

7 INCIDENSTRENDER **17**

8 LEDTIDER OCH STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP (SVF) **20**

8.1 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut 20

8.2 Ledtid från remissankomst till behandlingsstart 21

8.3 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart 22

8.4 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när kirurgi är första behandling 22

8.5 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när strålbehandling är första behandling 23

9 PREM **25**

10 ÖPPEN REDOVISNING **25**

11 INTERN REDOVISNING - KOLL PÅ LÄGET **26**

12 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS (MDK) **28**

13 ÖVERLEVNAD **29**

14 MUNHÅLECANCER **31**

14.1 Histopatologi 33

14.2 Skivepitelcancer i munhåla 34

14.2.1 Rökvanor *36*

14.2.2 Stadiefördelning *37*

14.2.3 Behandling *39*

14.2.4 Överlevnad *43*

14.3 Sammanfattning 46

15 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT **47**

16 VETENSKAPLIGA PRESENTATIONER OCH PUBLIKATIONER **48**

16.1 Presenterade artiklar och abstrakt 2017-2018 48

16.2 Publicerade artiklar och abstract 48

17 DELTAGANDE I ÖPPNA JÄMFÖRELSER OCH SOCIALSTYRELSENS UTREDNINGAR ANGÅENDE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN **51**

Tabeller

1 Antal anmälda fall per region och diagnosår 2008-2018. 4

2 Täckningsgrad i procent mot cancerregistret per region och diagnosår för SweHNCR. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019. 4

3 Täckningsgrad i procent mot cancerregistret per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2018. Täckningsgrad där nämnaren är mindre än 5 visas inte i tabellen. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019. 5

4 Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018. 30

5 Antal fall per histopatologisk diagnos och lokalisation, diagnosår 2008-2018. 33

6 Rökvanor för patienter med munhålecancer per lokalisation, diagnosår 2014-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 36

7 T-klass (T1-T4) för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 38

8 N-klass för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer 38

9 Behandlingsfördelning för given behandling per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 40

10 Relativ 5-års överlevnad per stadie för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 43

11 Relativ 5-års överlevnad per lokalisation för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 44

12 Relativ 5-års överlevnad per stadie för patienter med tungcancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 45

Figurer

1 Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår. 2

2 Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019. 3

3 Täckningsgrad per region och hela riket för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019. 3

4 Antal anmälda fall per landsting diagnosår 2018. Efter det landsting som patienten var folkbokförd vid diagnos. 6

5 Täckningsgrad per landsting för SweHNCR jämfört med Cancerregistret för diagnosår 2017-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019. 7

6 Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2018. 8

7 Antal månader* tills 90% av anmälningarna har inrapporterats, behandlingsbeslutår 2008-2018. 9

8 Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna onkologiblanketter 2008-2018. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten. 10

9 Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2018. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten. 11

10 Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2018. . . . 12

11 Figuren visar andelen döda och levande patienter diagnostiserade 2008-2016 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2014 med 5-års uppföljning. För 3-års uppföljningen ingår inte de två sista kvartalen 2016 och för 5-års uppföljningen ingår inte de två sista kvartalen 2014. 13

12 Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2018. 15

13 Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2018. 16

14 Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018. 17

15 Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018. 18

16 Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018. 19

17 Åldersstandardiserad incidens för larynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018. 19

18 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2018. 21

19 Ledtid från remissankomst till behandlingsstart för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018. 22

20 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018. 23

21 Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018. 24

22 Definition av kvalitetsindikatorer för Koll på läget. 26

23 ”Koll på läget” för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2018. 27

24 Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2018 (Endast patienter handlagda på ÖNH-klinik och diagnosgrupp läppcancer är exkluderad). 28

25 Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR. 29

26 Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018. 30

27 Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018. 31

28 Antal anmälda fall av munhålecancer till SweHNCR per diagnosår. 32

29 Andel per lokalisation av munhålecancer diagnosår 2008-2018. 32

30 Fördelning av histopatologisk diagnos per lokalisation diagnosår 2008-2018. 33

31 Antal anmälda fall av munhålecancer SweHNCR per diagnosår. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 34

32 Antal fall per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 34

33 Antal anmälda fall av munhålecancer SweHNCR per lokalisation och diagnosår. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 35

34 Ålder vid diagnos per lokalisation och kön för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 36

35 Stadiefördelning per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. 37

36 Behandlingsfördelning för given behandling per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 39

37 Behandlingsfördelning för given behandling för patienter med munhålecancer per diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. Andelarna för behandlingarna summerar till 100 % per diagnosår. 41

38 Behandlingsfördelning för given behandling per stadie för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). 42

39 Relativ överlevnad per stadie för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 43

40 Relativ överlevnad per lokalisation för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. Lokalisation hårda gommen är exkluderad på grund av få fall. 44

41 Relativ överlevnad per stadie för patienter med tungcancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. 45

1 FÖRORD

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) startades 2008-01-01. Det är ett officiellt register och stöds ekonomiskt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SweHNCR har under åren 2008-2017 en täckningsgrad mot Socialstyrelsens cancerregister på 98 %. Registreringen omfattar canceranmälan, ledtider, behandlingsbeslut, genomförd behandling och uppföljning.

Målsättningen med registret är att öka kunskapen om huvud- och halscancer i Sverige och peka på eventuella svagheter i utredning, behandling och uppföljning. Data från registret ska också vara hypotesgenererande för forskning och ge möjlighet att jämföra utfall av olika behandlingsmetoder nationellt och internationellt.

SweHNCR är utvecklat och förvaltas i ett samarbete mellan specialiteterna för onkologi och otorhinolaryngologi och i samverkan med RCC-väst. Registret leds av en nationell styrgrupp med representanter från varje region och från regionala cancercentra (RCC). I styrgruppen ingår också representanter för omvårdnad och patientföreträdare från Mun- & Halscancerförbundet (MHCF). Förteckning av styrgruppens medlemmar finns på registrets hemsida http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-ochhals/kvalitetsregister/registergrupp/

Inom varje region finns en arbetsgrupp som ansvarar för registret regionalt och på varje klinik en registeransvarig läkare och sekreterare eller sjuksköterska. Insamling av data sker via INCA-portalen som är RCC:s webbaserade inrapporteringssystem.

Det första nationella vårdprogrammet för Huvud- och halscancer publicerades i augusti 2015 och 2019 gjordes en uppdatering. http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-ochhals/vardprogram/. Incidens, stadiefördelning, fördelning, behandling samt överlevnad för respektive diagnosgrupp och subgrupper som presenteras i vårdprogrammet, baseras på registerdata.

Den årsrapport som vi nu presenterar bygger på data från registret för perioden 2008-2018 och omfattar 15437 patienter. Datauttaget från INCA till årsrapporten gjordes den 16 augusti 2019, samtidigt levererades täckningsgrader mot cancerregistret från de sex regionala cancercentrumen.

Huvud-halscancer är ett samlingsbegrepp för en grupp sjukdomar med sinsemellan olika karakteristika, behandling och prognos. För denna årsrapport väljer vi att fördjupa analysen kring tumörgruppen, cancer i munhåla, som är den största gruppen av huvud-halscancer.

Anders Högmo, ordförande
Eva Hammerlid, registerhållare
Claudia Adok, statistiker RCC
Madeleine Helmersson, statistiker RCC

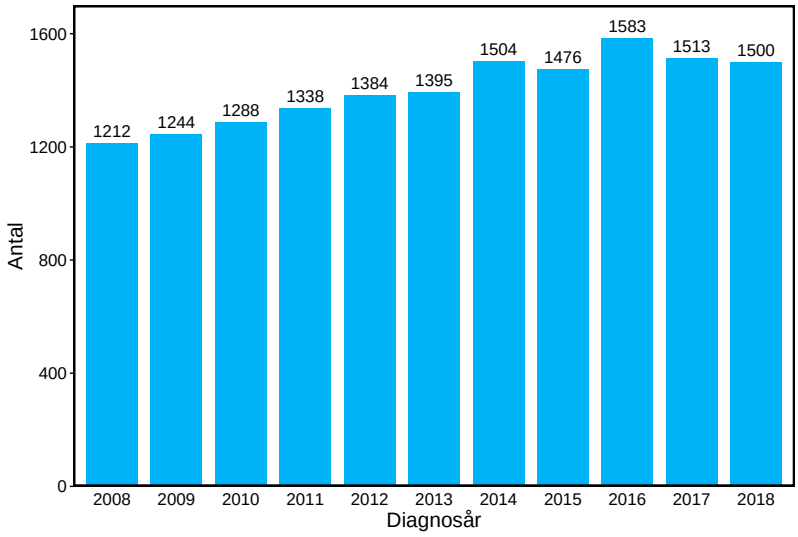
Johan Wennerberg, vetenskaplig sekreterare
Hedda Haugen Cange, onkologisk representant

2 ANTAL FALL, TÄCKNINGSGRAD OCH TRENDER

Huvud- och halscancer är i Sverige en ovanlig cancerform och utgör 2,3 % av samtliga cancerfall. Antalet fall ökar och 2017 registrerades 301 fler fall än 2008 vilket innebär en ökning med 25 %. För år 2018 har 1500 fall hittills registrerats men det kommer att bli något fler efter det att avstämningen mot Cancerregistret är komplett, (figur 1).

Orofarynxcancer (cancer i halsmandlar, tungbas och övriga delar av mellansvalget) är den diagnosgrupp som ökar mest. För perioden 2008-2017 är den ökningen 65 % och i antal fall står dessa för mer än hälften av totala ökningen av huvud- och halscancer. Det är också den cancerform som ökar mest i Sverige. Ökningen är till stor del relaterat till HPV infektion. Registret har agerat för att även pojkar skall vaccineras mot HPV och vi har deltagit i den nationella utredning som gjorts avseende vaccination av pojkar. Två tredjedelar av de som drabbas av orofarynxcancer är män.

Figur 1. Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår.

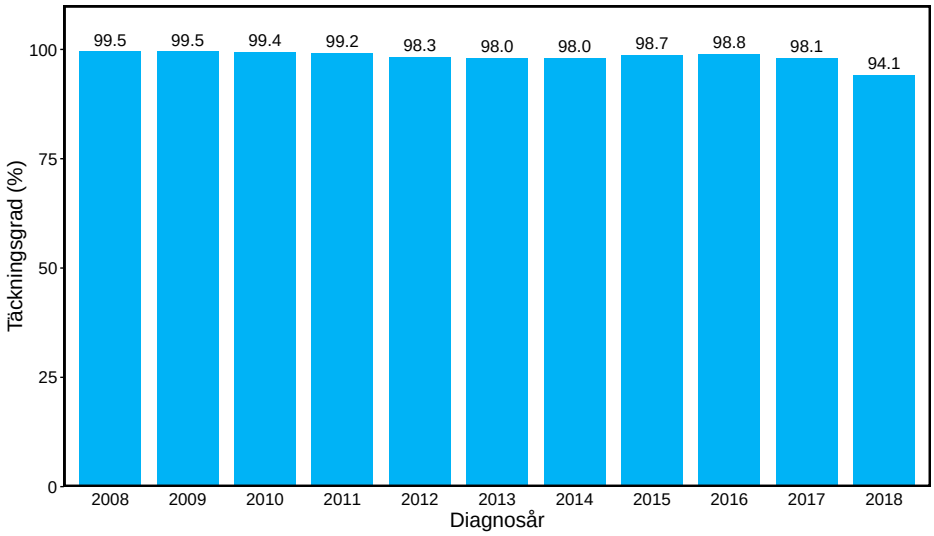


2.1 Täckningsgrad mot Cancerregistret och incidens

I redovisningen av täckningsgrad är gruppen ”malign tumör på hals” (C77.0) exkluderad. Alla fall med den diagnoskoden i Cancerregistret, ingår inte i SweHNCR, och kan då inte tas med i beräkning av täckningsgrad.

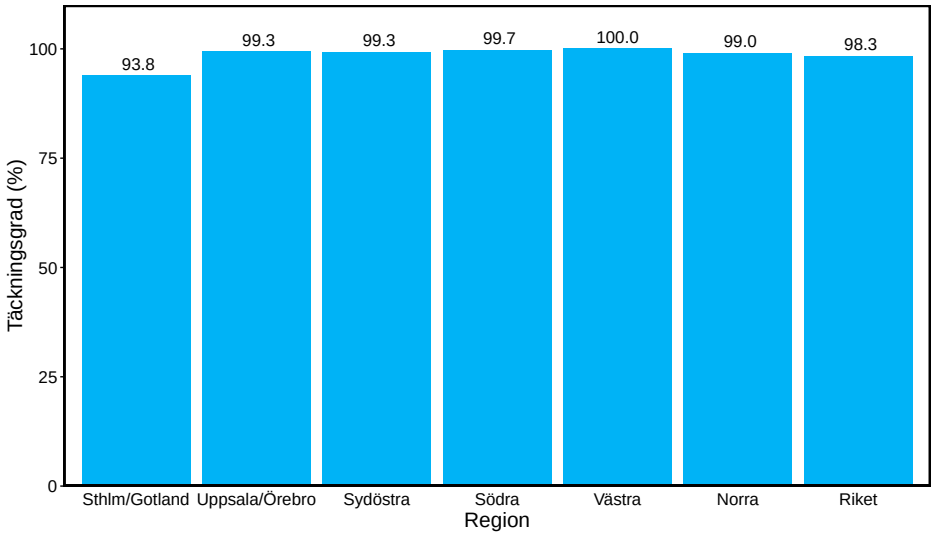
SweHNCR har varje år haft en täckningsgrad mot Cancerregistret på cirka 98 %. För 2018 föreligger det en liten eftersläpning av registreringarna med täckningsgrad på 94.1 (figur 2).

Figur 2. Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019.



Täckningsgraden per region för perioden 2008-2018 visas i figur 3. Den lägre täckningsgraden för region Stockholm/Gotland beror på att läppcancer handläggs i privat vård och det är problematiskt att få dessa patienter registrerade.

Figur 3. Täckningsgrad per region och hela riket för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019.



Tabell 1. Antal anmälda fall per region och diagnosår 2008-2018.

	Norra	Sthlm/Gotland	Sydöstra	Södra	Uppsala/Örebro	Västra
Diagnosår						
2008	107	264	122	252	225	242
2009	109	269	120	261	266	219
2010	112	290	127	269	238	252
2011	118	285	135	283	252	265
2012	113	308	130	261	289	283
2013	113	313	154	264	284	267
2014	140	310	160	277	323	294
2015	122	337	147	266	315	289
2016	138	312	168	295	344	326
2017	112	335	149	296	342	279
2018	136	316	177	270	318	283
Totalt	1320	3339	1589	2994	3196	2999

Om man bortser från år 2018 är täckningsgraden mot cancerregistret mellan 99 och 100 % i alla regioner förutom i Stockholmsregionen (tabell 2). I Stockholmsregionen opereras större delen av patienter med läppcancer av privata vårdgivare. För att få in dessa registreringar måste de eftersökas och detta har genomförts i Stockholm för åren 2008-2011 med viss framgång. För 2018 har endast 36 % av läppcancerfallen i Stockholmsregionen hittills blivit registrerade (tabell 3). Alla vårdgivare medverkar inte till att lämna ut uppgifter till registret.

Tabell 2. Täckningsgrad i procent mot cancerregistret per region och diagnosår för SweHNCR. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019.

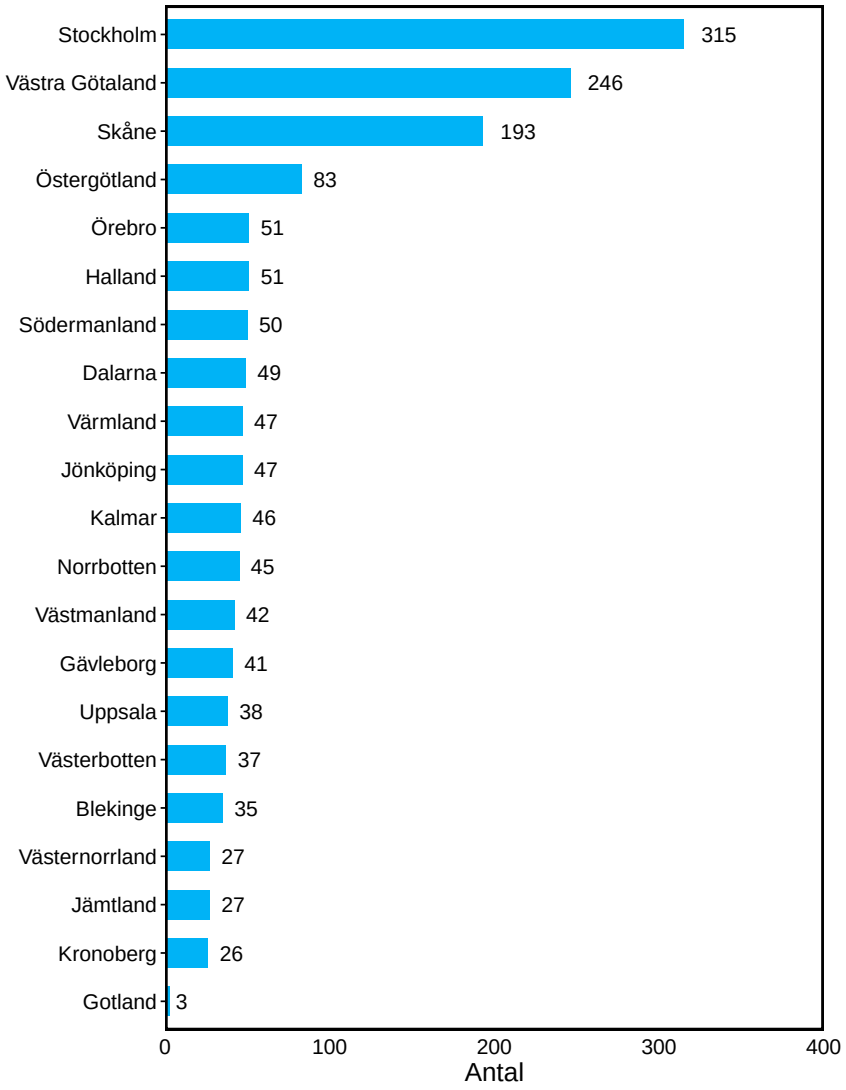
	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Riket
Diagnosår							
2008	98.1	100.0	100.0	99.6	100.0	100.0	99.5
2009	98.0	100.0	100.0	99.6	100.0	100.0	99.5
2010	97.9	100.0	99.2	100.0	100.0	100.0	99.4
2011	97.1	100.0	99.3	99.6	100.0	100.0	99.2
2012	92.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	98.3
2013	92.2	100.0	100.0	99.6	100.0	100.0	98.0
2014	91.5	100.0	99.4	100.0	100.0	100.0	98.0
2015	94.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	98.7
2016	95.0	99.7	99.4	100.0	100.0	100.0	98.8
2017	92.4	99.7	100.0	100.0	100.0	99.1	98.1
2018	86.0	94.4	96.0	98.5	100.0	91.8	94.1

Tabell 3. Täckningsgrad i procent mot cancerregistret per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2018. Täckningsgrad där nämnaren är mindre än 5 visas inte i tabellen. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019.

	Sthlm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Riket
Diagnosgrupp							
Läppcancer	36.1	79.3	77.3	96.2	100.0	58.3	70.2
Munhåla	95.5	95.9	98.2	97.6	100.0	100.0	97.6
Orofarynx	96.8	99.0	100.0	98.8	100.0	95.1	98.4
Nasofarynx	75.0	88.9	-	-	100.0	-	90.6
Hypofarynx	100.0	100.0	-	100.0	100.0	100.0	100.0
Larynx	100.0	94.7	100.0	100.0	100.0	89.5	97.8
Näsa/bihåla	94.4	66.7	100.0	100.0	100.0	-	90.8
Spottkörtlar	100.0	100.0	87.5	100.0	100.0	77.8	97.3

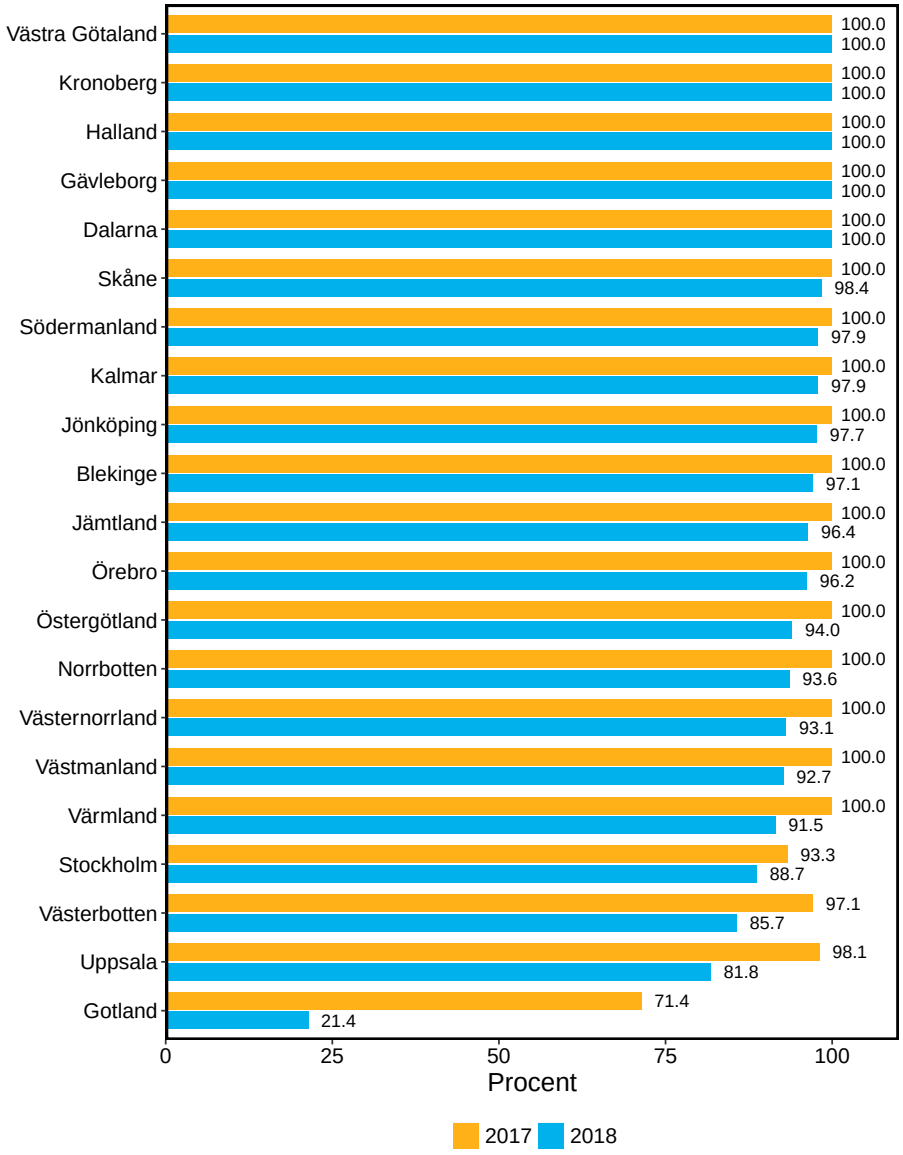
Diagnostik och utredning av huvud- och halscancer sker inom samtliga landsting på ÖNH-klinik. Antalet fall som utreds och där diagnosen huvud-halscancer fastställs är för de flesta kliniker mellan 30-60. Inom Region Skåne och Västra Götaland sker diagnostik och utredning på enheter av motsvarande storlek. I Stockholmsregionen sker större delen av utredningarna på Karolinska Universitetssjukhuset (figur 4).

Figur 4. Antal anmälda fall per landsting diagnosår 2018. Efter det landsting som patienten var folkbokförd vid diagnos.



Inrapporteringen till registret har fortsatt hög kvalitet. Täckningsgraden för 2018 var 100 % för 5 landsting vilket kan jämföras med 17 landsting för 2017. Fyra landsting har en täckningsgrad lägre än 90 % för 2018 jämfört med 1 landsting 2017 (figur 5). Registret förväntar sig att saknade fall registreras i efterhand i alla landsting.

Figur 5. Täckningsgrad per landsting för SweHNCR jämfört med Cancerregistret för diagnosår 2017-2018. Täckningsgraderna levererades 16 augusti 2019.



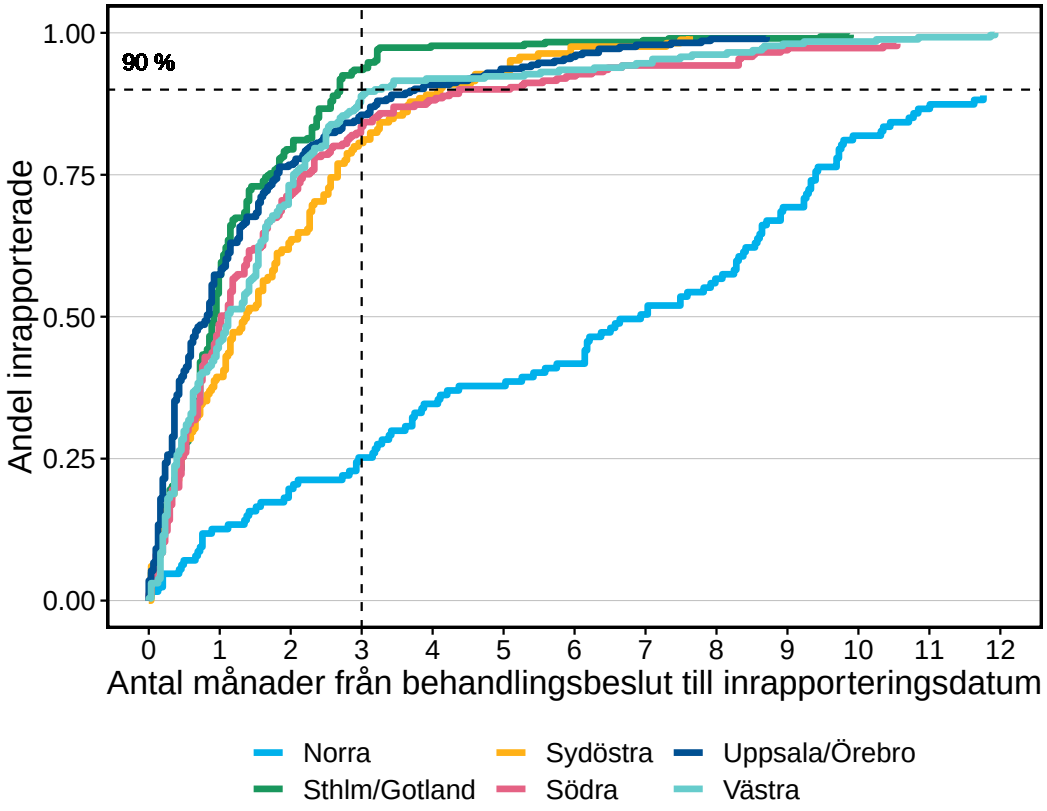
3 INRAPPORTERING AV ANMÄLAN

Alla uppgifter som behövs för att genomföra anmälan till registret, finns tillgängliga i och med att den multidisciplinära konferensen (MDK) är genomförd och beslut tagits om diagnos och behandling. Inrapporteringshastigheten mäts därför från datum för behandlingsbeslut (MDK) till datum då formuläret för anmälan skickas från inrapporterande enhet. Inrapporteringshastigheten har totalt blivit snabbare allt eftersom med undantag för Norra regionen de sista två åren.

Stockholm/Gotland regionen har inrapporteringshastighet som uppnår målsättningen 90 % inom 3 månader (93 %). De övriga regionerna klarade 89 %, 86 %, 84 %, 81 % och 25 % inom 3 månader (figur 6).

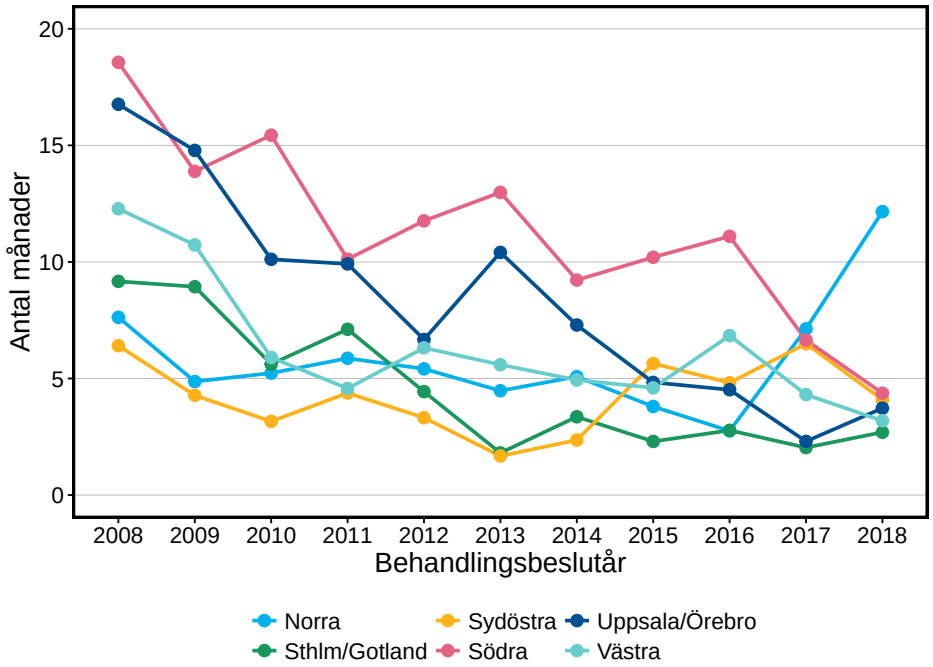
Inrapporteringsrutinerna bör förbättras generellt men ffa i Norra Regionen, för att komma upp till vår målsättning att 90 % av anmälningarna skall vara registrerade inom 3 månader. Detta är av särskilt vikt i och med att registret har infört utvärdering med enkäter avseende PREM (Patient Reported Experience Measures) och PROM (Patient Related Outcome Measures). För att kunna skicka ut enkäterna måste patienterna vara registrerade och utskicket skall ske fyra månader efter behandlingsbeslutet.

Figur 6. Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2018.



Även om inte alla regioner har uppnått målsättningen att 90 % av fallen skall vara inrapporterade inom 3 månader så har det skett en successiv förbättring sedan 2008 (figur 7).

Figur 7. Antal månader* tills 90% av anmälningarna har inrapporterats, behandlingsbeslutår 2008-2018.



*Tiden mäts från behandlingsbeslut tills anmälningsformuläret skickas in

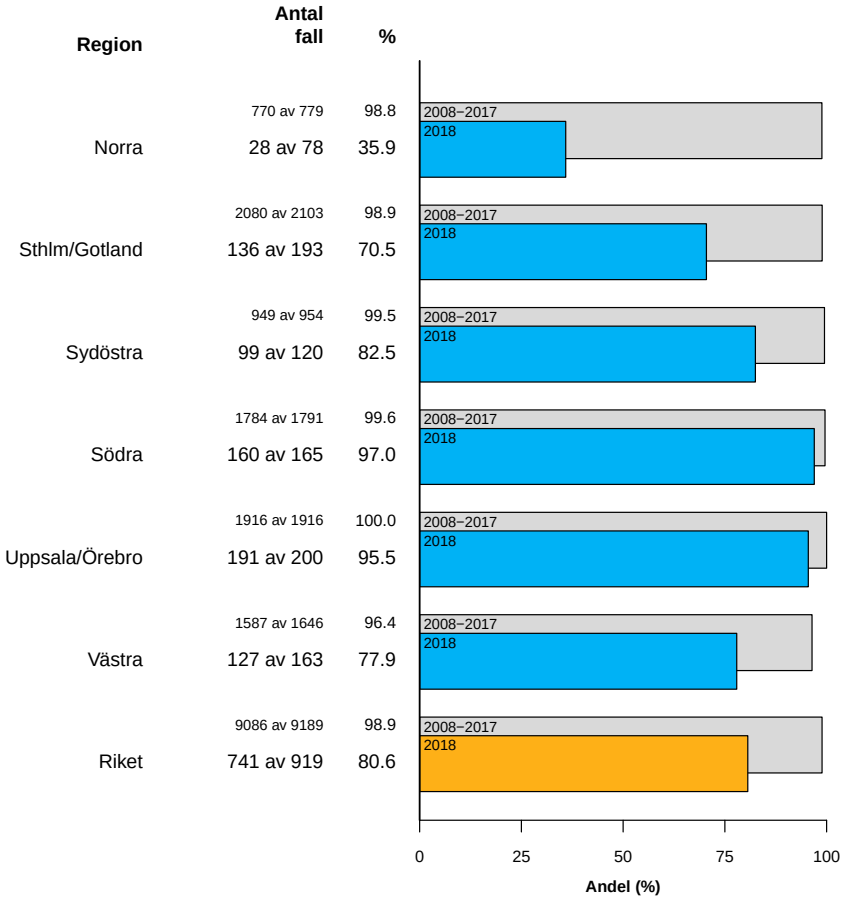
4 INRAPPORTERING AV BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING

4.1 Inrapportering av genomförd behandling

I samband med anmälan till registret anges vilken behandling som beslutats vid den multidisciplinära konferensen (MDK). I det här avsnittet stäms behandlingsbeslutet av mot de behandlingsblanketter som inkommit efter genomförd behandling. Sedan 2013 finns det två behandlingsblanketter, en för onkologisk och en för kirurgisk behandling, uppdelningen gjordes för att förbättra möjligheterna att kontrollera att all genomförd behandling blivit registrerad.

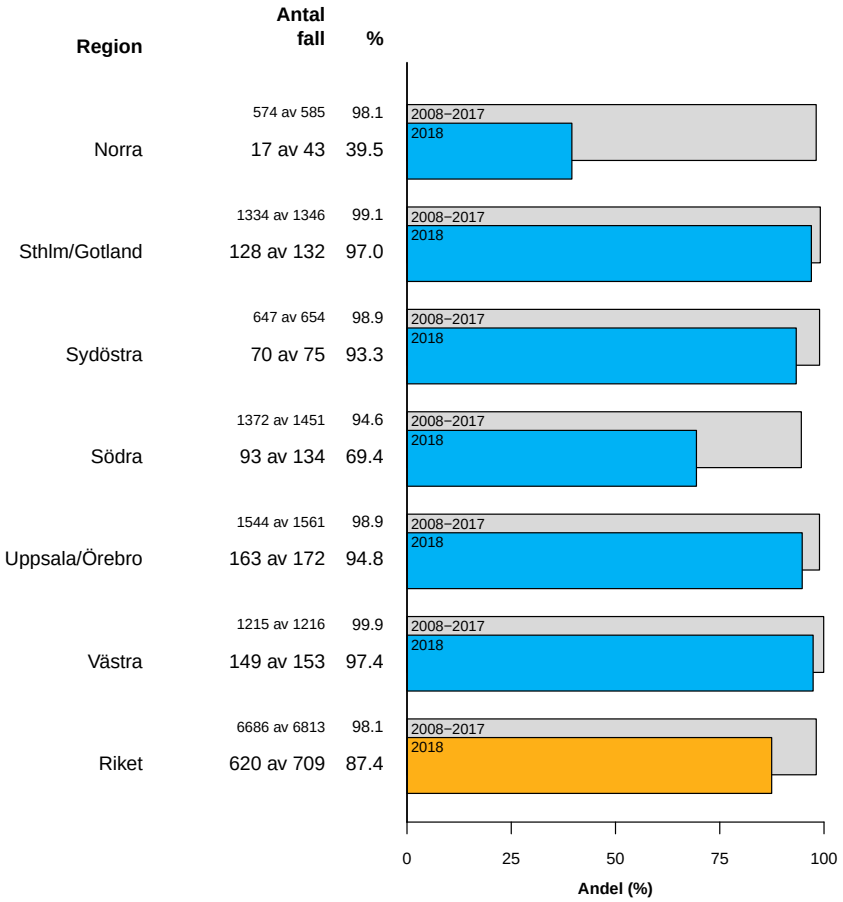
Vid planerad onkologisk behandling är täckningsgraden för år 2008-2017 över 90 % för alla regioner och totalt för riket nästan 99 %. För 2018 finns det en eftersläpning i flera regioner, mest uttalat i Norra regionen (figur 8).

Figur 8. Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna onkologiblanketter 2008-2018. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten.



För patienter med planerad kirurgisk behandling visar täckningsgraden för genomförd mot planerad mer än 90 % för fyra regioner för år 2018. Södra regionen har 69 % täckningsgrad för år 2018 och 95 % täckningsgrad för perioden 2008 -2017. Norra regionen har 40 % täckningsgrad för 2018 och 98 % täckningsgrad för perioden 2008-2017 (figur 9). Detta kan bero på systemfel i organisationen för inrapporteringen och/eller i kontrollfunktionen som skall utföras regelbundet enligt årshjulet. Att man inte når upp helt till 100 % täckningsgrad behöver inte bara bero på att inrapportering inte skett utan kan också bero på att det finns beslutad behandling som av olika skäl inte genomförts.

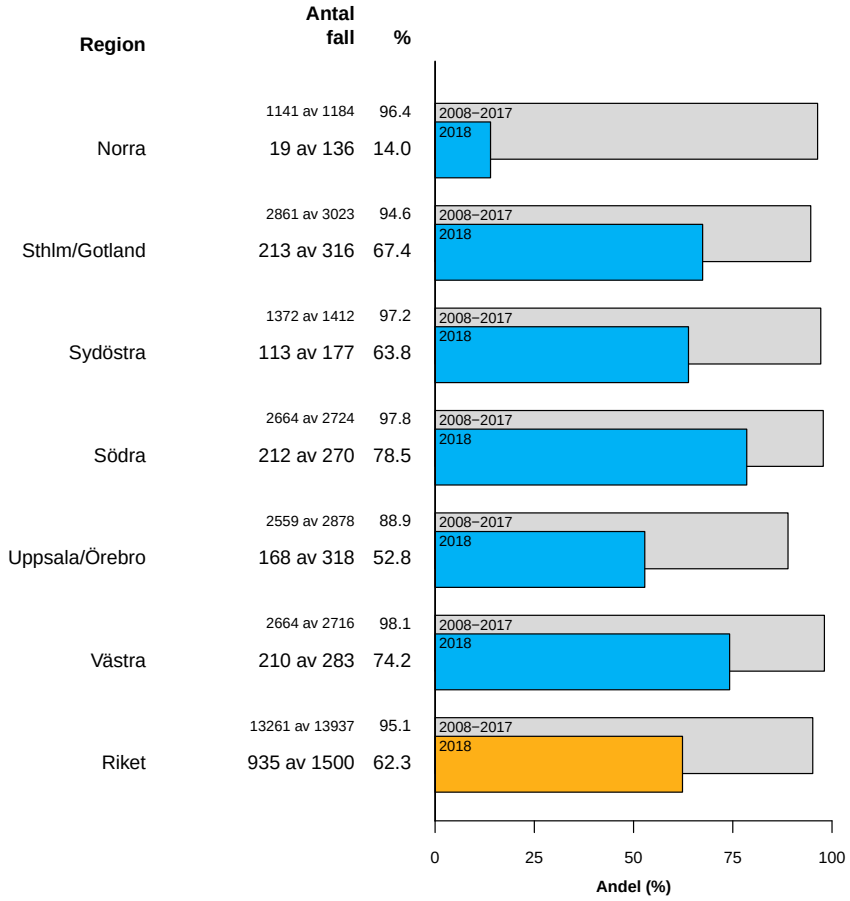
Figur 9. Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2018. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten.



4.2 Inrapportering av uppföljning

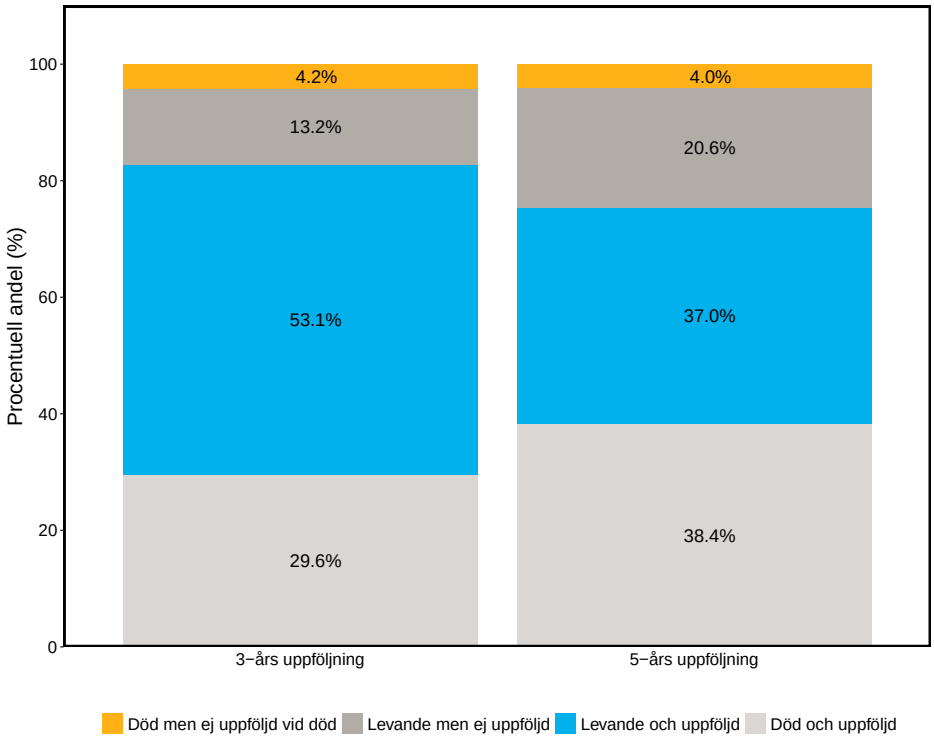
Uppföljningsblankett skall fyllas i vid kontrollbesök efter avslutad behandling. Figur 10 visar att det är en stor eftersläpning av inrapporteringen av uppföljningen för 2018. För perioden 2008 till 2017 har 95 % av fallen minst en registrerad uppföljning. Observera att figuren bara visar om någon uppföljning registrerats och det innebär inte att patienterna inte kontrollerats enligt de riktlinjer som finns i det nationella vårdprogrammet. Inrapportering till registret avseende uppföljning efter avslutad behandling från uppföljande klinik måste förbättras.

Figur 10. Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2018.



Ytterligare analys av uppföljning efter avslutad behandling visar att 83 % av patienterna har korrekt registrerad 3-årsuppföljning och 75 % korrekt 5-årsuppföljning (figur 11). Det görs regelbunden efterforskning enligt ”årshjulet” av icke inrapporterade uppföljningar och dessutom sker komplettering av saknade uppgifter i samband med forskningsprojekt och som då är relaterat till aktuell diagnosgrupp/studiegrupp.

Figur 11. Figuren visar andelen döda och levande patienter diagnostiserade 2008-2016 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2014 med 5-års uppföljning. För 3-års uppföljningen ingår inte de två sista kvartalen 2016 och för 5-års uppföljningen ingår inte de två sista kvartalen 2014.



5 REGISTRETS VALIDITET

Täckningsgraden för SweHNCR gentemot Socialstyrelsens cancerregister är cirka 98 %. Anmälan till registret baseras på beslutet från den multidisciplinära konferensen (MDK). Detta gör att de obligatoriska uppgifterna för TNM-klassifikation och patologisk diagnos har mycket hög validitet. Stockholmsregionen har en lägre täckningsgrad beroende på att läppcancer behandlas vid flera olika kliniker och även hos privata vårdgivare, som enligt sina avtal med huvudmannen inte är skyldiga att rapportera till SweHNCR (figur 3, tabell 2 och 3).

Viktigaste resultatmåtten i cancersjukvården är överlevnad. Eftersom uppgift om död hämtas från dödsorsaksregistret är dessa uppgifter av god validitet. Förekomsten av recidiv som är ett annat viktigt resultatmått men är beroende av korrekt inrapportering till registret. Uppgifterna i SweHNCR avseende genomförd behandling och uppföljning har sannolikt lägre kvalitet.

Valida data om genomförd behandling har visat sig vara svårt att få in då kombinerad behandling ofta ges och inrapportering ska ske från två olika kliniker. Den primära behandlingen kan dessutom pågå i upp till 6 månader i vissa fall. Beroende på hur tumörsjukdomen reagerar på insatt terapi och patientens möjligheter att orka genomföra olika moment kan det också ske modifieringar under behandlingens gång. Uppdelning av blanketterna för kirurgisk och onkologisk behandling har gjort det lättare att kontrollera den genomförda behandlingen.

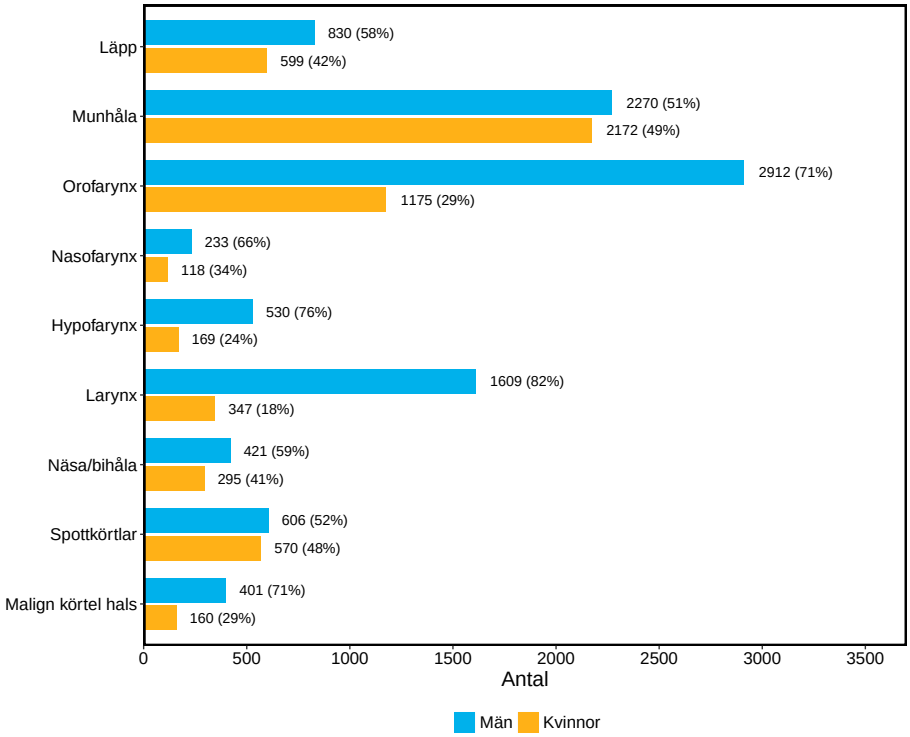
För att bilda oss en uppfattning om validiteten i insamlade uppgifter kring behandling samkördes data från SweHNCR 2008-14 mot motsvarande data i Socialstyrelsens Patientregister (PAR) hösten 2015. Det framkom att för den kirurgiska behandlingen var varken SweHNCR eller PAR heltäckande. Av totala antalet fanns 73 % i båda registren. Avseende onkologisk behandling fanns 90 % i båda registren. Som konsekvens av detta har styrgruppen beslutat att varje registerstudie som initieras skall utföra en validering av bl. a. behandlings- och uppföljningsparametrar för den aktuella diagnos/studie gruppen. När valideringen har skett korrigeras uppgifterna i registret och varje fall märks (”taggas”), med datum för validering och namn på studien. I framtiden bör registerdata valideras mer systematiskt och resurser för detta prioriteras.

Behovet av validering i samband med studier illustreras också i fig.11. Vid 5-års uppföljning saknas det i 25 % av fallen en komplett uppföljning.

6 DIAGNOS-, ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Huvud- och halscancer innefattar nio diagnosgrupper som är mycket olika när det gäller incidens och könsfördelning. De två vanligaste grupperna är munhålecancer och orofarynxcancer med cirka 450 respektive 430 fall per år de senaste åren. Larynxcancer med cirka 175 fall per år är den tredje vanligaste. Nasofarynxcancer är den minst vanliga med cirka 30 fall per år. Antalet fall per lokalisation och kön som finns registrerade i SweHNCR t.o.m. år 2018 visas i figur 12.

Figur 12. Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2018.

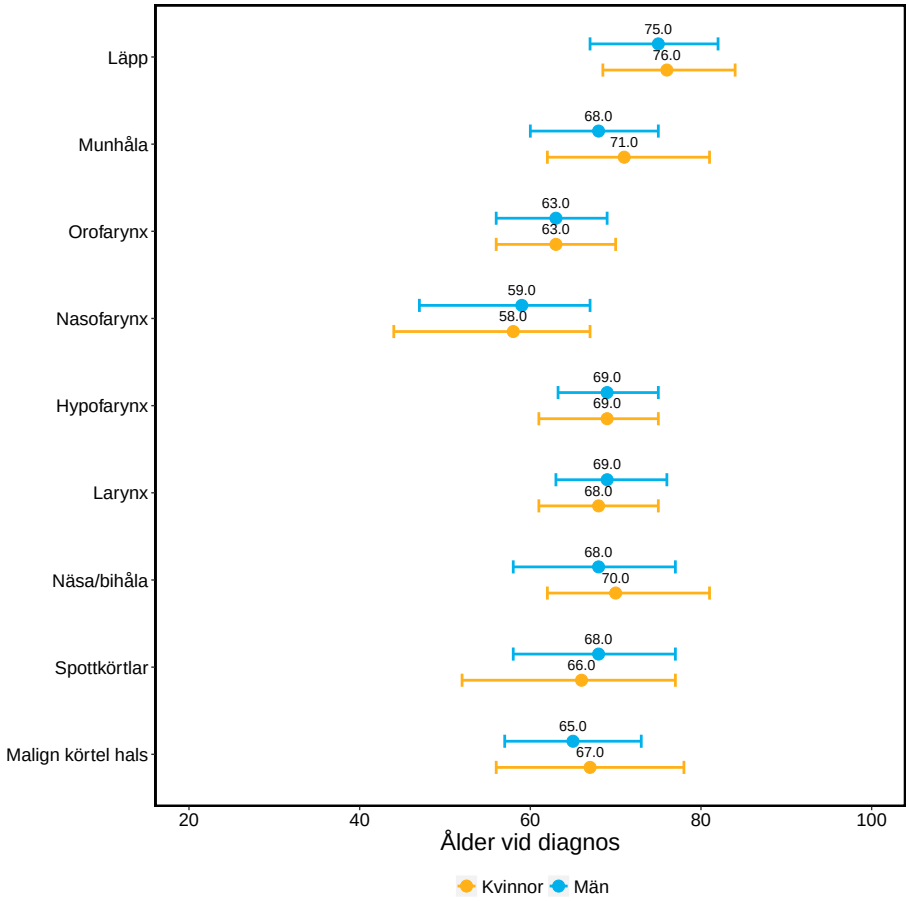


Munhålecancer och spottkörtelcancer förkommer nästan lika ofta hos män som hos kvinnor. Könsfördelningen för näs-bihålecancer är ca 60 % män och 40 % kvinnor och samma fördelning gäller för läppcancer. För övriga diagnosgrupper är det stor övervikt för män och detta är mest uttalat vid larynxcancer, 82 % män och 18 % kvinnor.

Ålder vid diagnos varierar mellan diagnosgrupperna. Läppcancer drabbar patienter i högre ålder (median 75 år) medan patienter med nasofarynxcancer och orofarynxcancer har en medianålder kring 60 år. För övriga diagnosgrupper är medianåldern högre, 65-70 år (figur 13).

Cancer i munhålan och cancer i orofarynx ligger några centimeter från varandra och utsätts för samma etiologiska agens. Att det föreligger skillnader mellan könen för dessa lokaler indikerar att det bör föreligga olikheter bl. a. avseende etiologi och tumörbiologi. Det föreligger också skillnad i ålder vid diagnos. Män med munhålecancer är i snitt 5 år äldre än män med orofarynxcancer. Motsvarande siffra för kvinnor är 8 år.

Figur 13. Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2018.

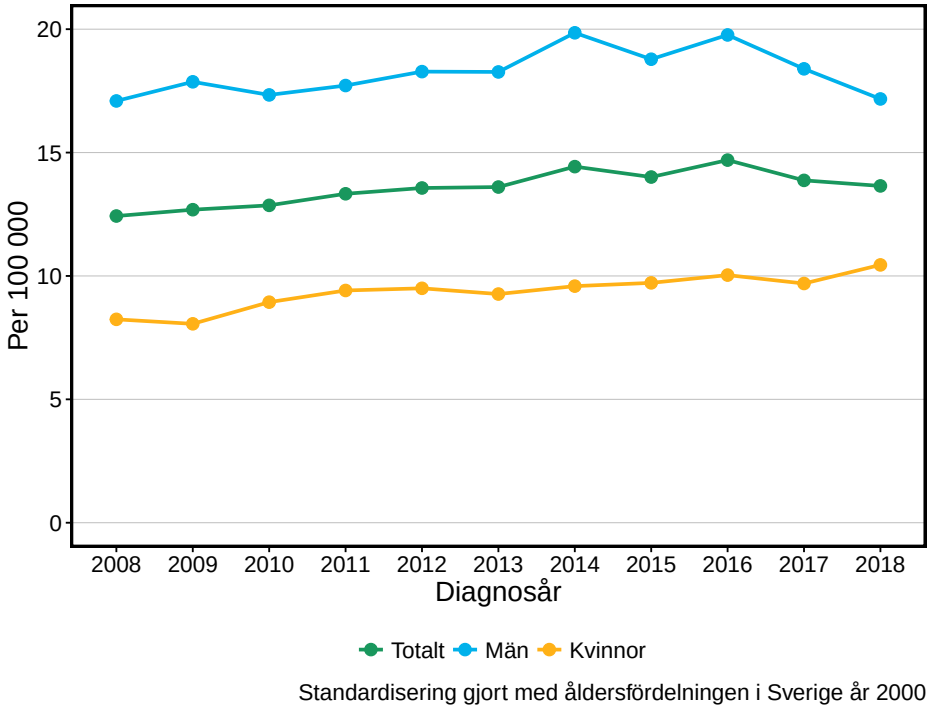


Figuren visar 25%, 50% och 75% percentiler

7 INCIDENSTRENDER

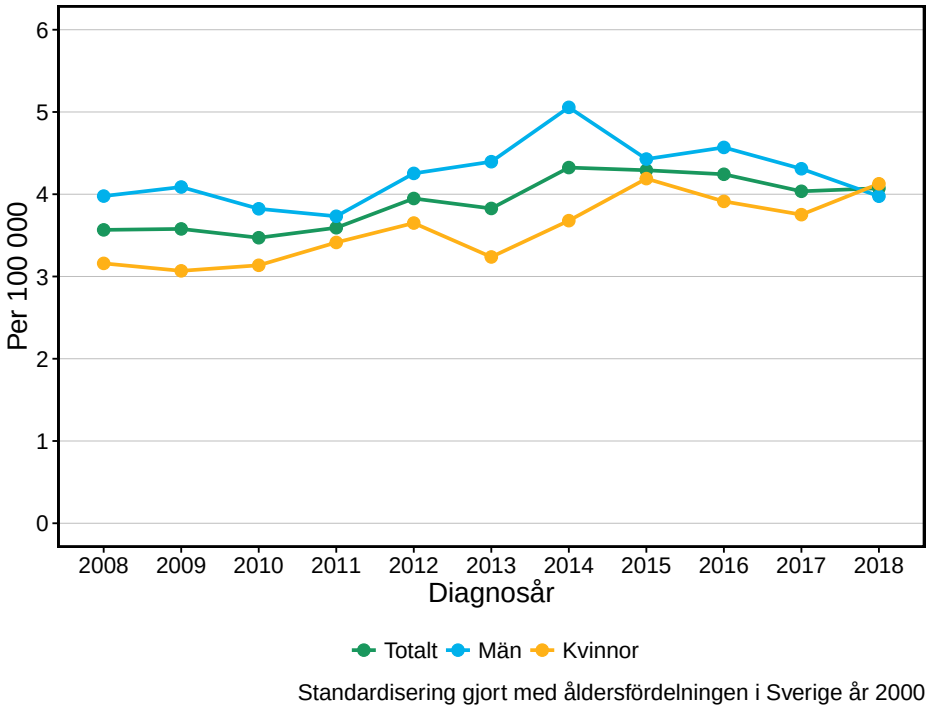
År 2008-2017 har antalet fall av huvud- och halscancer ökat med 25 %. Den åldersstandardiserade ökningen perioden 2008-2017 är 1.5 fall per 100 000 invånare för kvinnor och 1.3 fall per 100 000 invånare för män för all huvud- och halscancer (figur 14). Möjligtvis har incidensökning avtagit de sista två åren eller så kan det bero på att det fortsatt saknas ett antal fall som ännu inte blivit registrerade.

Figur 14. Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018.



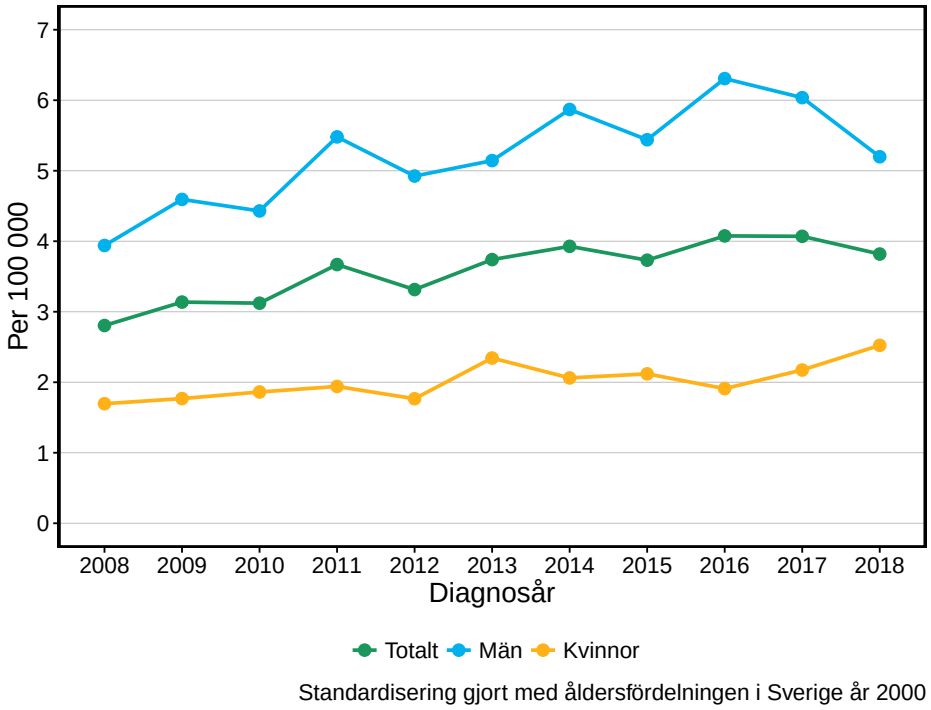
Incidensökningen varierar för de olika diagnosgrupperna. Här redovisar vi incidensökningen för de tre största grupperna munhålecancer, orofarynxcancer och larynxcancer. För munhålecancer är ökningen 0.5 fall per 100 000 invånare (2008-2017) med en större ökning för kvinnor än män. (figur 15).

Figur 15. Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018.



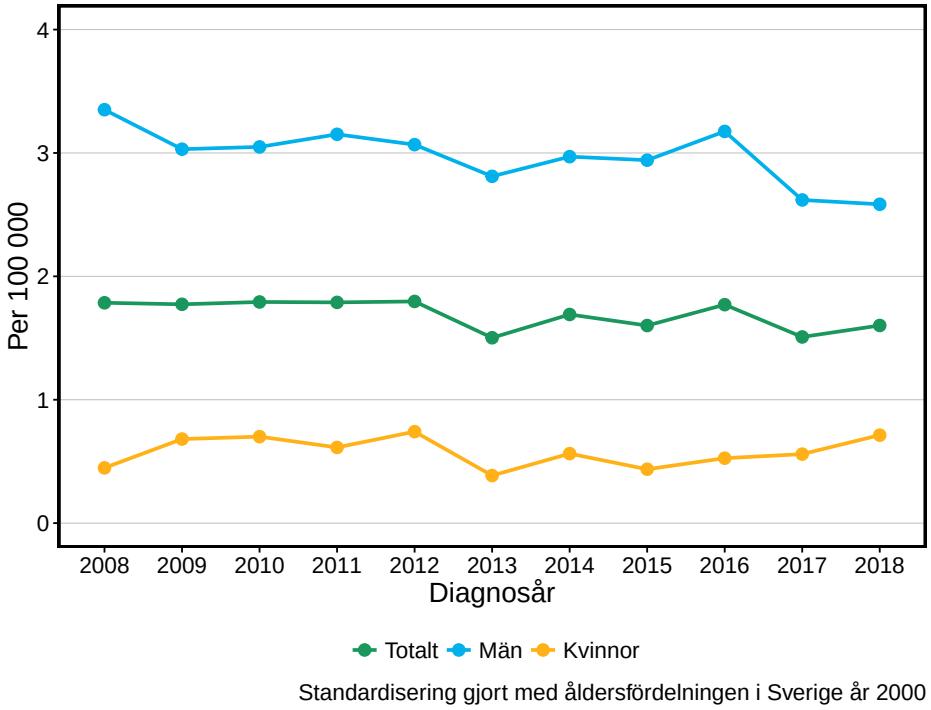
Den åldersrelaterade incidensen 2008 till 2017 för orofaynxcancer för män har ökat med 2.1 fall per 100 000. Detta är en anmärkningsvärd ökning och är relaterad till ökningen av HPV-inducerad cancer. För kvinnor är incidensökningen betydligt mindre (figur 16).

Figur 16. Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018.



För larynxcancer är incidensen i stort oförändrad både för män och kvinnor (figur 17).

Figur 17. Åldersstandardiserad incidens för larynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2018.



8 LEDTIDER OCH STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP (SVF)

”Standardiserat vårdförlopp för huvud- och halscancer 2015” (SVF) är det dokument som ligger till grund för införandet och start av SVF hösten 2015. Redan innan SVF infördes var problemet med väntetider identifierat inom professionen och ledtidsregistrering har skett sedan registret startade. Målsättning för ledtiderna vid huvud- och halscancer är publicerade i registrets ”Styrdokument 2012” och i det ”Nationella vårdprogrammet 2015” angivet i median. Redovisning av ledtider från SweHNCR har skett i ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting” varje år från 2009 till 2013 samt i ”Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet” 2011 och 2014. Tre kvalitetsindikatorer för Huvud- och halscancer visas nu offentligt på nätet, ”Vården i siffror” https://www.vardenisiffror.se/. Registret har också deltagit aktivt i Socialstyrelsens utredningar avseende väntetider i cancervården.

Sammanfattningsvis har ledtiderna successivt förbättrats sedan registret startade 2008, både då det gäller tiden för utredning samt väntan på behandling efter behandlingsbeslut. Målvärderna enligt SVF är delvis uppnådde men arbetet med att identifiera flaskhalsar och resursbristområde i respektive region behöver fortsatt följas kontinuerligt och i vissa regioner behöver ledtiderna förbättras påtagligt.

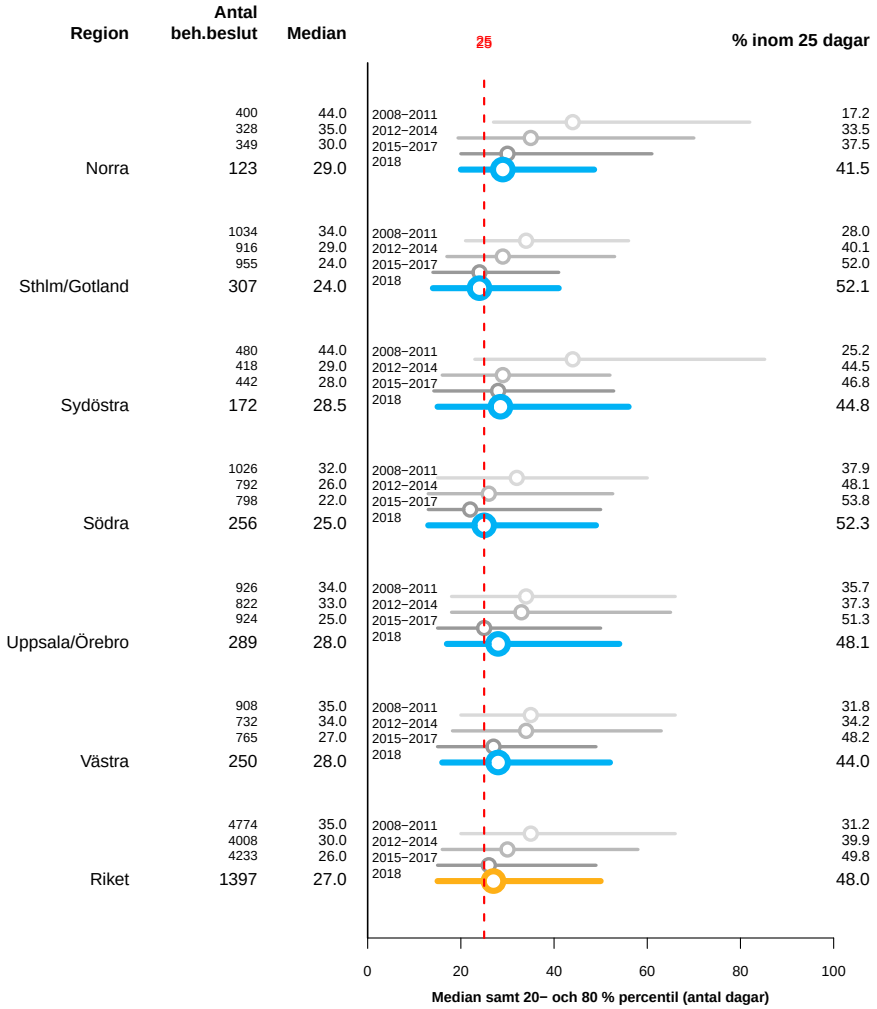
Statistiken för år 2018 måste tolkas med försiktighet på grund av varierande täckningsgrad för kirurgi- och onkologiblanketterna.

8.1 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut

Medianen för ledtiden från remiss till behandlingsbeslut för hela riket har under perioden 2008-2011 jämfört med år 2018 förkortats med 8 dagar från 35 till 27. Skillnaden mellan regionerna är 5 dagar (24 till 29) för 2018. Målvärde i median enligt det nationella vårdprogrammet är 25 dagar vilket två regioner (Region Stockholm, Södra Regionen) uppnått 2018.

Den 80 % percentilen har förkortats i samtliga regioner. För hela riket gäller att ledtiden för 80 % percentilen har förbättrats från 66 dagar år 2008-2011 till 50 dagar år 2018 (figur 18).

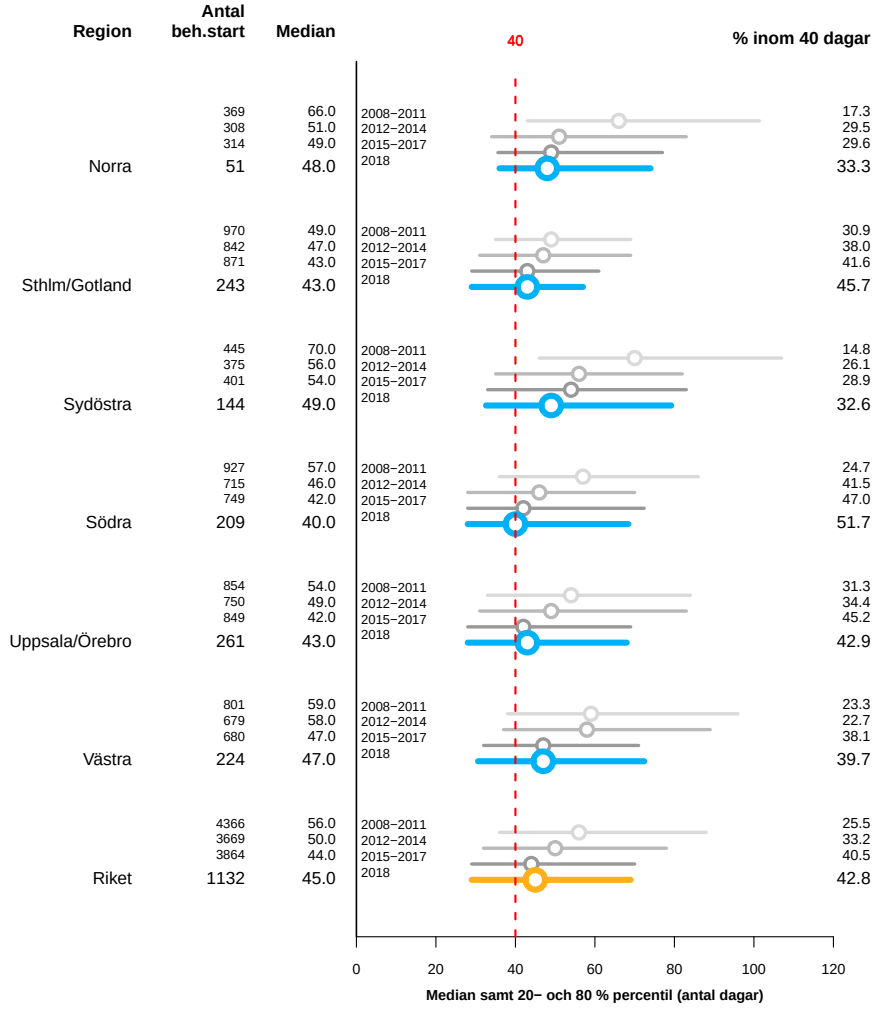
Figur 18. Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2018.



8.2 Ledtid från remissankomst till behandlingsstart

Ledtiden från remissankomst till behandlingsstart har förbättrats påtagligt i alla regioner sedan 2008 avseende medianen. Ledtiden skiljer sig mellan regionerna med som mest 9 dagar (40 till 49) 2018. Sedan 2008 har skillnaden mellan regionerna minskat med 12 dagar, från 21 till 9 dagar. Tre regioner ligger nu under riksgenomsnittet (45 dagar) medan tre regioner har längre ledtid. Målvärde i median enligt det nationella vårdprogrammet är 40 dagar vilket en region uppnår 2018, Region Skåne (figur 19).

Figur 19. Ledtid från remissankomst till behandlingsstart för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018.



8.3 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

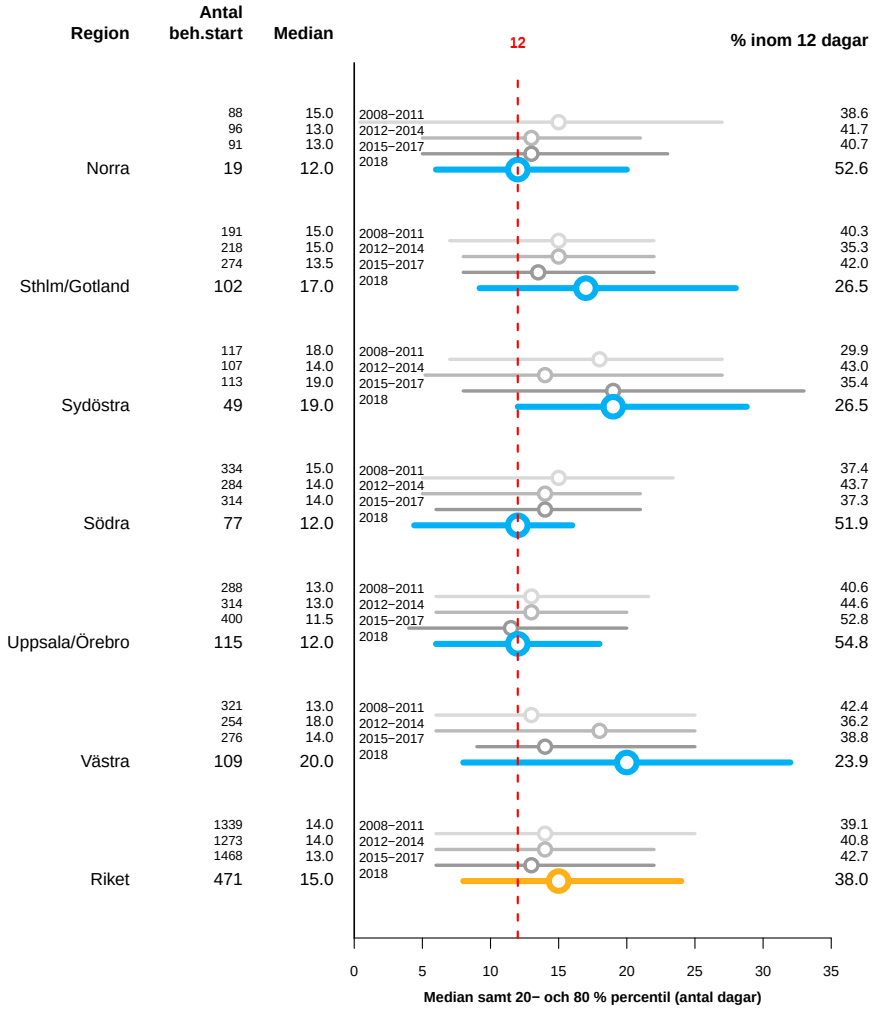
Behandling vid huvud- och halscancer utförs med kirurgi, strålbehandling, cytostatika eller kombinationer av dessa. Förberedelserna inför onkologisk behandling är mer tidskrävande än vid kirurgi och därför skiljer sig de rekommenderade ledtiderna åt beroende på vilken behandling som är den först givna behandlingen.

I det standardiserade vårdförloppet (SVF) är målvärdet från behandlingsbeslut till start av behandling 12 dagar då kirurgi är första behandling och 20 dagar då strålbehandling är första behandling.

8.4 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när kirurgi är första behandling

Ledtiden för 2018 från behandlingsbeslut till start av kirurgi som första behandling varierar mellan regionerna och skillnaden är 8 dagar (12-20) för medianen. Tre regioner uppnådde den rekommenderade ledtiden på 12 dagar (Norra regionen, Uppsala/Örebroregionen, Södra Regionen). Riksgenomsnittet, 2018, ligger tre dagar över målvärdet enligt SVF (figur 20).

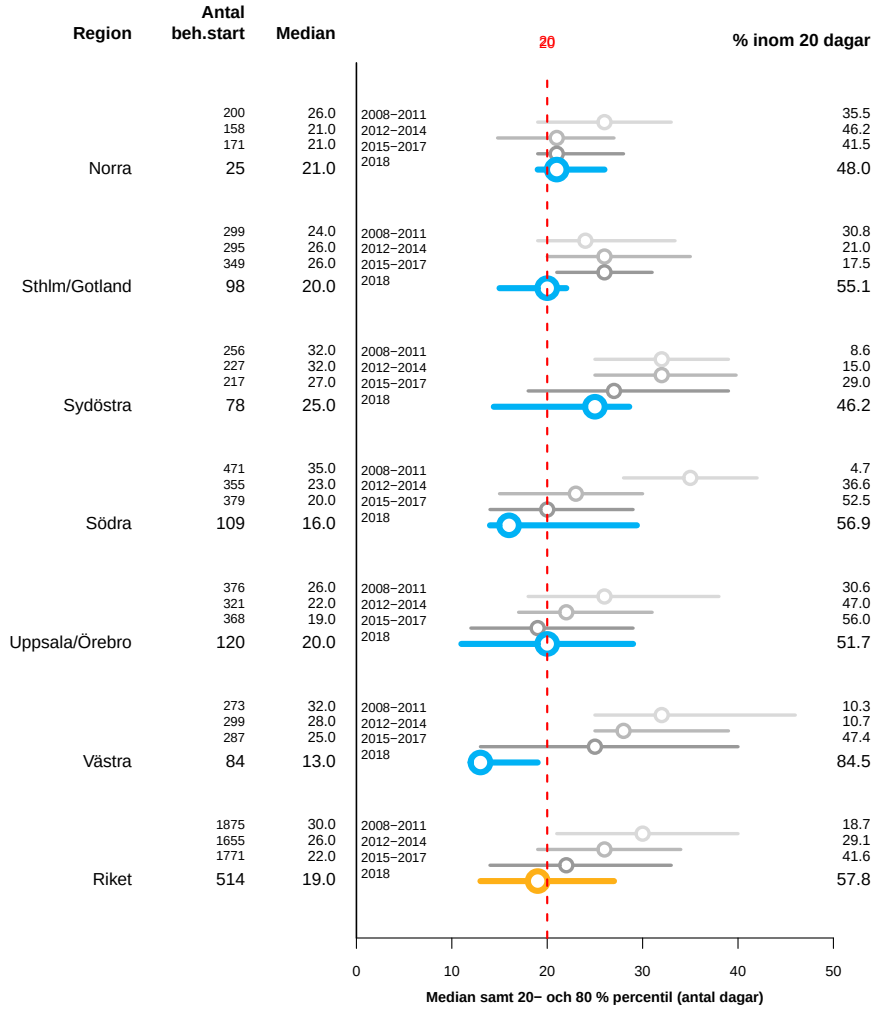
Figur 20. Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018.



8.5 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när strålbehandling är första behandling

Ledtiderna från behandlingsbeslut till start av strålbehandling 2018 visade skillnader mellan regionerna med 12 dagar (13-25) för medianen. Ledtiderna har förbättrats påtagligt i alla regioner och ligger nu i genomsnitt i landet på 19 dagar för år 2018 dvs under SVF målvärde på 20 dagar. I västra regionen är nu medianen för ledtiden 13 dagar (figur 21).

Figur 21. Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2018.



9 PREM

PREM (Patient Reported Experience Measures) introducerades som en del i registret från och med januari 2018. Enkäten skickas ut 4 månader efter diagnos till alla patienter som deltagit i MDK. Till de patienter som diagnostiserades med huvud- och halscancer 2018 skickades 1114 enkäter ut varav 65 % svarade. Enkätsvaren för 2018 kommer nu att analyseras. Den patientupplevda vårdkvaliteten (PREM) kommer att fortsatt mätas kontinuerligt.

10 ÖPPEN REDOVISNING

Det finns en öppen interaktiv onlinerapport med data från Nationellt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) som nås via www.cancercentrum.se eller direkt via https://statistik.incanet.se/Huvud-hals/. I denna rapport kan läsaren själv skräddarsy rapporter med utvald information. Läsaren kan välja för vilken period data ska visas samt om statistiken ska visas som ett kolumndiagram, i tabellform eller som tidstrend.

11 INTERN REDOVISNING - KOLL PÅ LÄGET

”Koll på läget” beskriver nio indikatorer för ledtider och en för om beslut tagits på MDK. Det är ett verktyg som företrädare för verksamheterna och inrapportörer erbjuds för att i realtid följa ledtider både avseende utredning och fram till start av behandling för patienter med huvud- och halscancer.

För att kunna se sidan krävs behörighet och ”log in” i INCA. Alla inrapportörer har ”log in” och det bör också den ha som har ansvar för klinikens tumörverksamhet. Efter inloggning i huvud- och halscancer registret i INCA kommer startsidan upp. ”Koll på läget” finns i menyraden i två alternativ, utan eller med parameterval för filtrering på olika variabler.

I figur 23 visas ett exempel på ”Koll på läget” för år 2018. Alla åtgärder som är avslutade under 2018 är med i redovisningen för de patienter där behandlingsbeslutet tagits vid ett sjukhus. Högst upp på sidan anges den registeraktivitet som kliniken har haft under 2018. Därefter redovisas resultaten för indikatorerna. Längst ner visas definition för varje indikator (figur 22). I INCA kommer definitionen upp när man för pekaren över ledtidstexten.

Den blå liggande stapeln visar hur man nått upp till målnivåerna 50 eller 80 % för klinikens patienter. Det kan sedan jämföras med egen region och riket, gul respektive grön liggande stapel. De blå staplarna i tabellen längs till höger anger hur måluppfyllelsen för indikatorn var för kliniken de fyra föregående åren. Måluppfyllelsen ”poängsätts” i tre nivåer.

Figur 22. Definition av kvalitetsindikatorer för Koll på läget.

Definition av indikatorer

1. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från remissankomst (enligt blankett 1) till första besök på utredande ÖNH-mottagning (enligt blankett 1) uppgår till maximalt 5 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
2. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från första besök på utredande ÖNH-mottagning (enligt blankett 1) till provtagningsdatum för cytologi/px (enligt blankett 1) uppgår till maximalt 3 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
3. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från provtagningsdatum för cytologi/px (enligt blankett 1) till provsvarsdatum för cytologi/PAD (enligt blankett 1) uppgår till maximalt 3 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
4. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från första besök på utredande ÖNH-mottagning (enligt blankett 1) till behandlingsstart (enligt blankett 2 a eller 2 b) uppgår till maximalt 35 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
5. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från remissankomst (enligt blankett 1) till behandlingsbeslut (enligt blankett 1) uppgår till maximalt 25 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
6. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från behandlingsbeslut (enligt blankett 1) till behandlingsstart (enligt blankett 2 a eller 2 b) uppgår till maximalt 15 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
7. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från behandlingsbeslut (enligt blankett 1) till onkologisk behandling (enligt blankett 2 b) uppgår till maximalt 20 dagar (enbart fall där extern strålbehandling, brachyterapi eller medecinsk tumörbehandling ges som första eller enda behandling; negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
8. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från behandlingsbeslut (enligt blankett 1) till kirurgi (enligt blankett 2 a) uppgår till maximalt 12 dagar (enbart fall där kirurgi ges som första eller enda behandling; negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
9. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från remissankomst (enligt blankett 1) till behandlingsstart (enligt blankett 2 a eller 2 b) uppgår till maximalt 40 dagar (negativa ledtider samt ledtider längre än ett år exkluderade).
10. Andel patienter för vilka behandlingsbeslut tagits vid multidiciplinär konferens (enligt blankett 1). (Patienter med läppcancer exkluderade.)

Teckenförklaring

Kvalitetsindikatorer och tre nivåer av uppfyllelse

Måluppfyllelse på enheten i relation till gränsnivåer

- 2 Hög nivå: över övre gränsnivå
- 1 Mellannivå: mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå
- 0 Låg nivå: nedan nedre gränsnivå

Antal patienter

Antal patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåtts, av totalt antal patienter som hittills rapporterats.

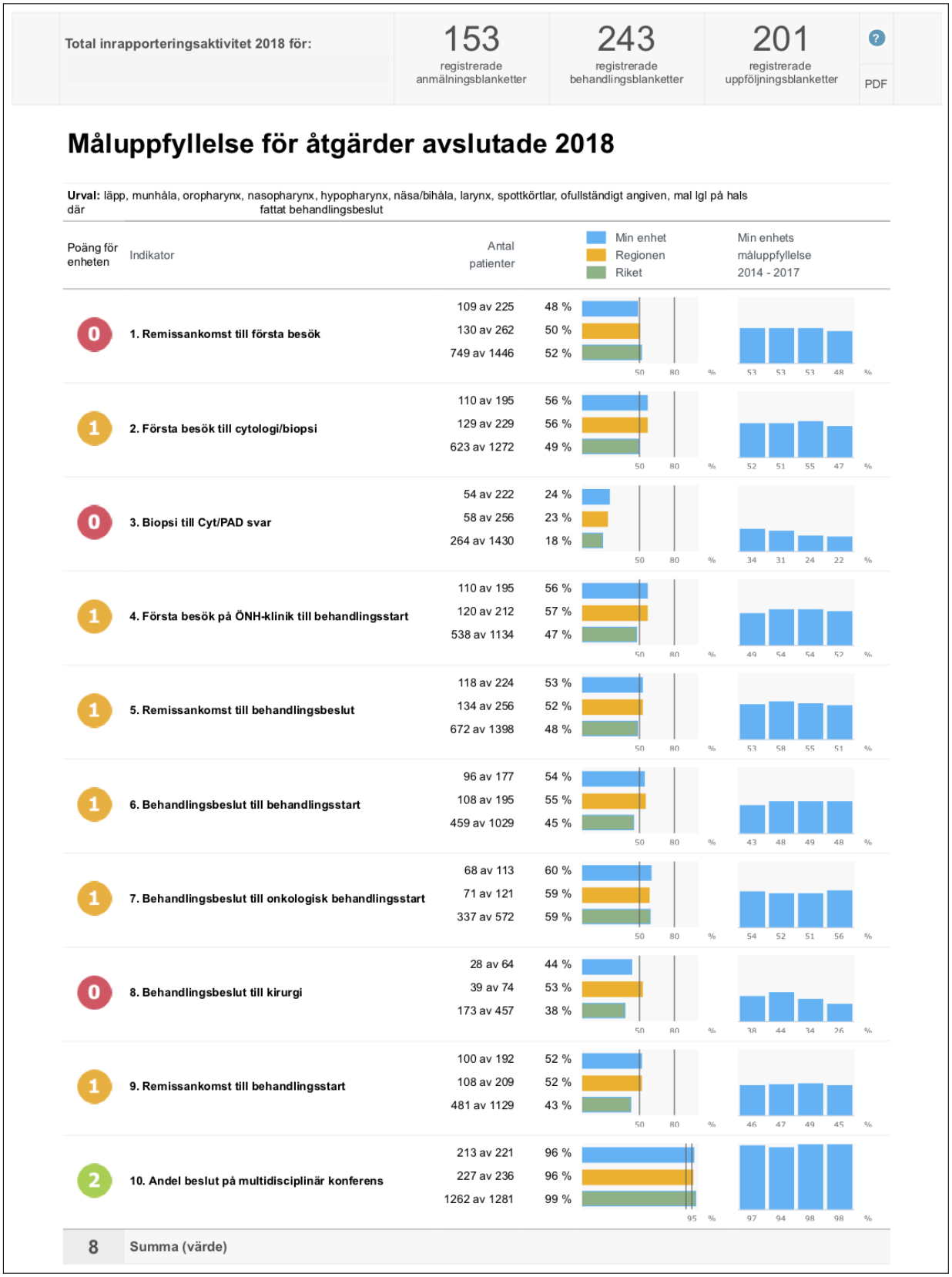
Min Enhet/Regionen/Riket

Andel patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåtts. Vertikala strecken visar nedre och övre gränsnivå.

Min enhets måluppfyllelse

Enhetens historiska måluppfyllelse de föregående fyra åren.

Figur 23. ”Koll på läget” för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2018.



Total inrapporteringsaktivitet 2018 för:

153 registrerade anmälningsblanketter | 243 registrerade behandlingsblanketter | 201 registrerade uppföljningsblanketter | PDF

Måluppfyllelse för åtgärder avslutade 2018

Urval: läpp, munhåla, oropharynx, nasopharynx, hypopharynx, näsa/bihåla, larynx, spottkörtlar, ofullständigt angiven, mal lgl på hals där fattat behandlingsbeslut

Min enhet / Regionen / Riket

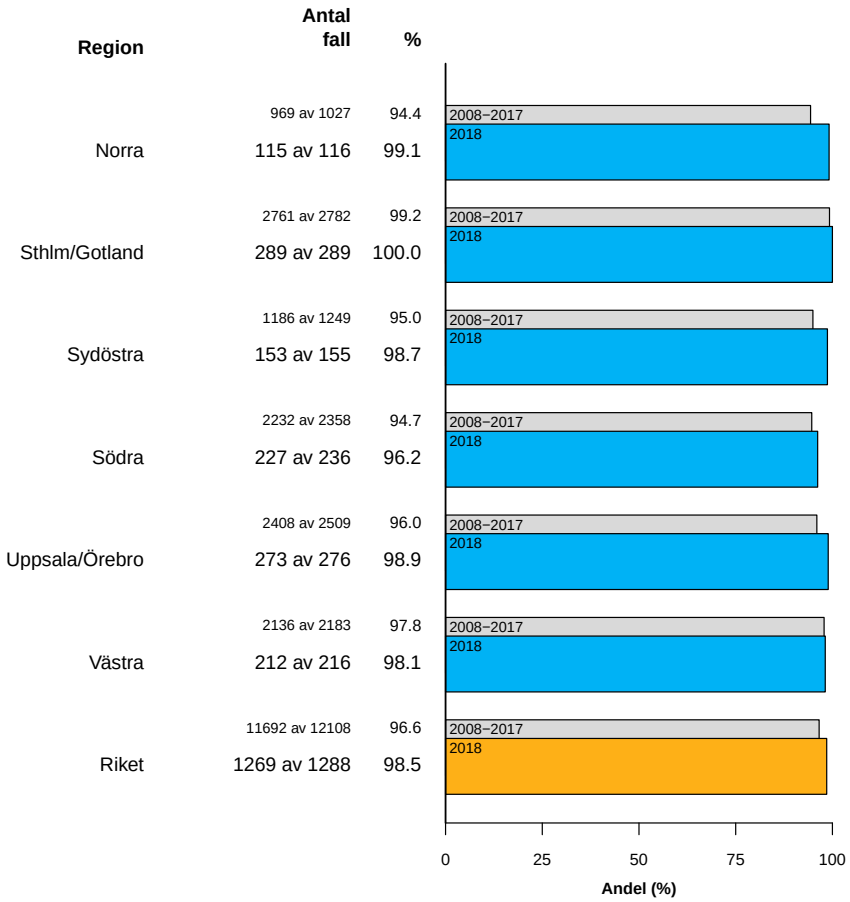
Poäng för enheten	Indikator	Antal patienter	Min enhet	Regionen	Riket	Min enhets måluppfyllelse 2014 - 2017
0	1. Remissankomst till första besök	109 av 225	48 %	50 %	52 %	53, 53, 53, 48 %
1	2. Första besök till cytologi/biopsi	110 av 195	56 %	56 %	49 %	52, 51, 55, 47 %
0	3. Biopsi till Cyt/PAD svar	54 av 222	24 %	23 %	18 %	34, 31, 24, 22 %
1	4. Första besök på ÖNH-klinik till behandlingsstart	110 av 195	56 %	57 %	47 %	49, 54, 54, 52 %
1	5. Remissankomst till behandlingsbeslut	118 av 224	53 %	52 %	48 %	53, 58, 55, 51 %
1	6. Behandlingsbeslut till behandlingsstart	96 av 177	54 %	55 %	45 %	43, 48, 49, 48 %
1	7. Behandlingsbeslut till onkologisk behandlingsstart	68 av 113	60 %	59 %	59 %	54, 52, 51, 56 %
0	8. Behandlingsbeslut till kirurgi	28 av 64	44 %	53 %	38 %	38, 44, 34, 26 %
1	9. Remissankomst till behandlingsstart	100 av 192	52 %	52 %	43 %	46, 47, 49, 45 %
2	10. Andel beslut på multidisciplinär konferens	213 av 221	96 %	96 %	99 %	97, 94, 98, 98 %
8	Summa (värde)					

12 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS (MDK)

Beslut om behandling vid huvud- och halscancer skall tas vid en multidisciplinär konferens (MDK). Undantaget är liten läppcancer (T1N0M0) som handläggs med enkel kirurgi i enlighet med det nationella vårdprogrammet och är därför exkluderad ur nedanstående redovisning.

Från 2008-2017 har andelen beslut som tas på MDK legat stabilt på drygt 97 %. För 2018 ser vi en ökning till 98,5 %. Det föreligger en mycket liten skillnad mellan regionerna i andelen patienter som fick sina behandlingsbeslut på MDK under 2018 (figur 24).

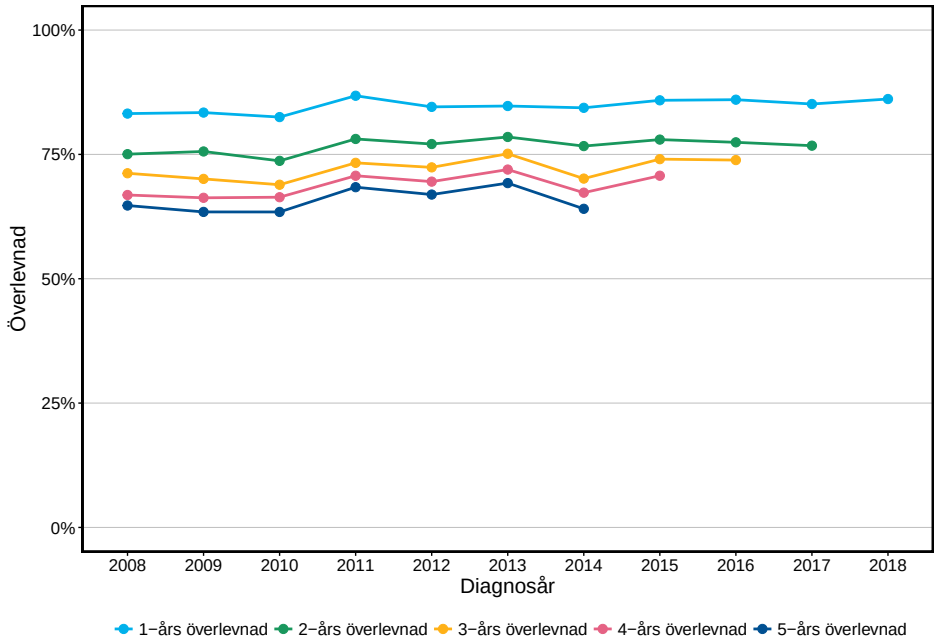
Figur 24. Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2018 (Endast patienter handlagda på ÖNH-klinik och diagnosgrupp läppcancer är exkluderad).



13 ÖVERLEVNAD

Den relativa 5-årsöverlevnaden för all huvud- och halscancer för hela tidsperioden 2008-2018 var 66% (95 % KI: 66 %-67 %). Den observerade 5-årsöverlevnaden var 59 % (58 %-59 %). I figur 25 visas årsvis relativ överlevnad per diagnosår. Det finns en tendens till ökad överlevnad för senare diagnosår. Den årsvisa relativa 5-årsöverlevnaden har minskat från 65 % år 2008 till 64 % år 2014.

Figur 25. Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.



För startår och slutår i figur 25 är de årsvisa relativa överlevnadssiffrorna:

1 år: 83.2 % (81.0-85.5) år 2008 till 86.1 % (84.1-88.2) år 2018

2 år: 75.0 % (72.4-77.8) år 2008 till 76.8 % (74.3-79.3) år 2017

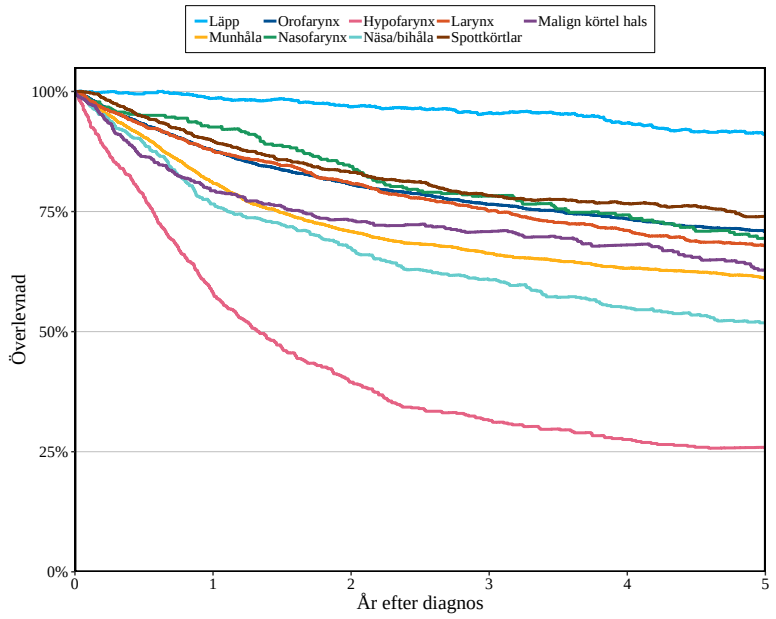
3 år: 71.2 % (68.4-74.2) år 2008 till 73.9 % (71.3-76.5) år 2016

4 år: 66.8 % (63.8-70.0) år 2008 till 70.7 % (68.0-73.6) år 2015

5 år: 64.7 % (61.6-68.0) år 2008 till 64.1 % (61.2-67.1) år 2014

Relativ överlevnad per diagnosgrupp redovisas i figur 26. Läppcancer och spottkörtelcancer har bäst relativ 5-årsöverlevnad (91 % resp 74 %). Munhålecancer och näs- och bihålecancer har 61 % resp 52 %. Överlevanden för orofarynxcancer och för cancer i nasofarynx är 71 respektive 69 %, larynxcancer 68 % samt vid malign körtel på halsen 62 %. Överlevnaden för hypofarynxcancer är lägst 26 %. (tabell 4).

Figur 26. Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018.



Läpp	1387	1252	1071	871	696	554
Munhåla	4181	3165	2417	1947	1571	1249
Orofarynx	4011	3326	2690	2173	1781	1440
Nasofarynx	348	311	251	210	179	139
Hypofarynx	665	363	212	156	117	95
Näsa/bihåla	712	514	389	300	235	186
Larynx	1919	1576	1285	1038	847	668
Spottkörtlar	1169	976	806	667	562	458
Malign körtel hals	555	410	337	284	232	174

Antal i risk

Tabell 4. Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018.

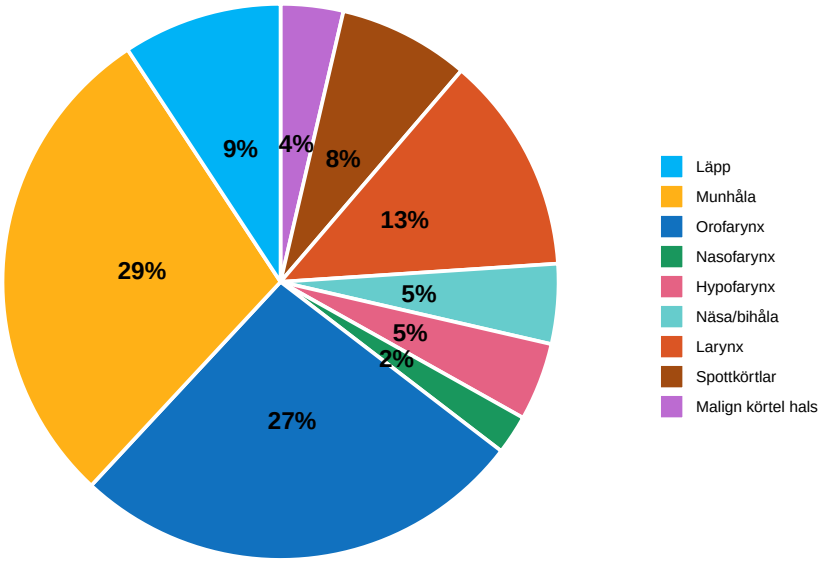
	5-års relativ överlevnad	95% konfidensintervall
Diagnosgrupp		
Läpp	91	(88 - 95)
Munhåla	61	(59 - 63)
Orofarynx	71	(69 - 73)
Nasofarynx	69	(64 - 75)
Hypofarynx	26	(22 - 30)
Näsa/bihåla	52	(47 - 57)
Larynx	68	(65 - 71)
Spottkörtlar	74	(71 - 78)
Malign körtel hals	62	(58 - 68)

14 MUNHÅLECANCER

Huvudansvariga för innehållet i detta avsnitt om munhålecancer är Karl Sandström och Maria Gebre-Medhin i samarbete med ledningsgruppen.

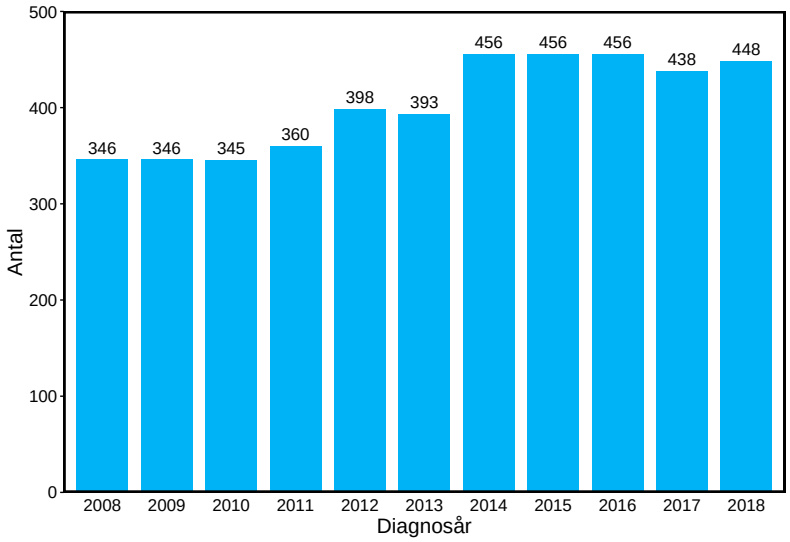
Munhålecancer är den vanligaste cancerformen inom huvud- och halsområdet och utgör knappt en tredjedel av alla fall (figur 27). Det är ingen skillnad i incidens mellan könen (män 51 %, kvinnor 49 %). Däremot förefaller det finnas en skillnad med fler män som insjuknar i munbottencancer. Kvinnor insjuknar dock i högre utsträckning i spottkörtelcancer inom munhålan (män 37 %, kvinnor 63 %). Medianåldern är något högre för cancer i munhåla jämfört med övrig huvud- och halscancer (kvinnor 71 år, män 68 år).

Figur 27. Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2018.



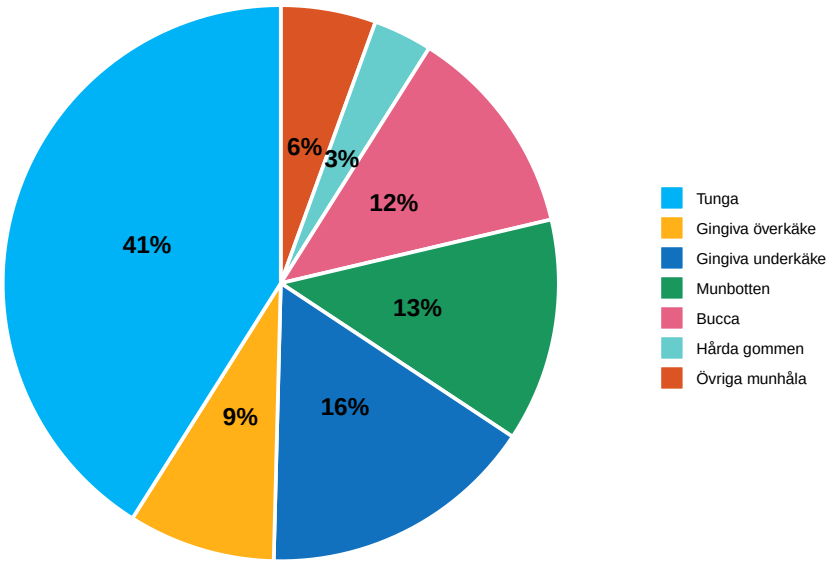
Antal fall har ökat sedan registret startades 2008 från ca 350 fall per år till 450 fall, dvs med ca 30 %. Åren 2014-2016 noterades den högsta incidensen av anmälda fall vilket är i samstämmighet med incidensökningen i hela Norden (figur 28).

Figur 28. Antal anmälda fall av munhålecancer till SweHNCR per diagnosår.



Den vanligaste tumörlokalen i munhålan är tunga, som utgör 41 % av fallen, följt av gingiva i över- eller underkäken som tillsammans motsvarar 25% (figur 29).

Figur 29. Andel per lokalisation av munhålecancer diagnosår 2008-2018.

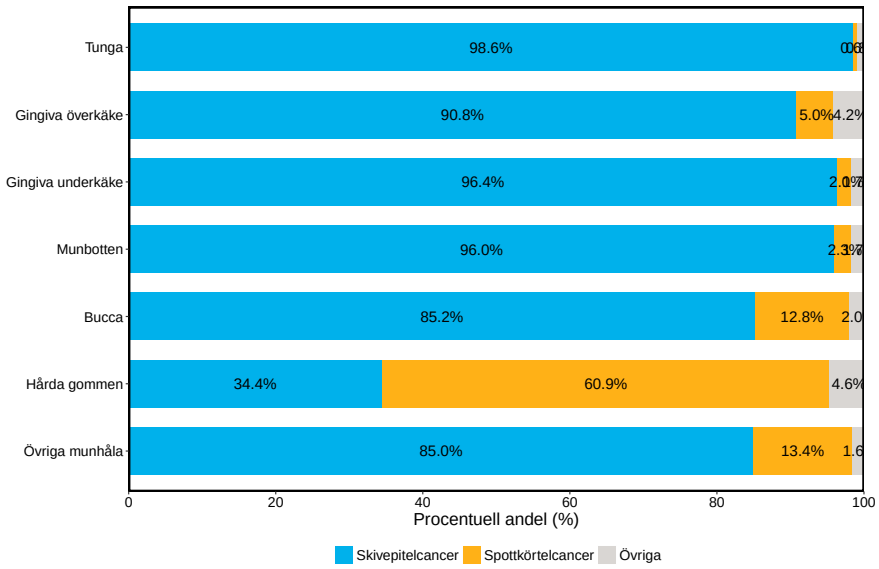


Till munhålecancer räknas maligna tumörer utgående dels från slemhinnans skivepitel - skivepitelcancer, men också olika former av spottkörtelcancer som uppkommit i de små spottkörtlarna, samt några andra ovanliga former som exempelvis maligna slemhinnemelanom och odifferentierad cancer. Inom alla lokalisationer utom hårda gommen är skivepitelcancer helt

dominerande. Åren 2008-2018 utgjorde skivepitelcancer 93 % av alla anmälda fall av munhålecancer, spottkörtelcancer 6 % och övriga endast 2 %. Cancer i hårda gommen var i 61 % av fallen spottkörtelcancer (figur 30 och tabell 5).

14.1 Histopatologi

Figur 30. Fördelning av histopatologisk diagnos per lokalisation diagnosår 2008-2018.



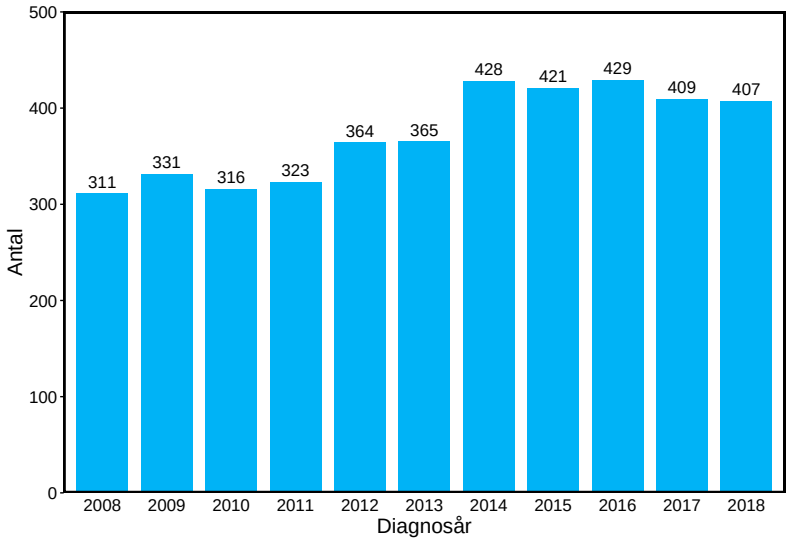
Tabell 5. Antal fall per histopatologisk diagnos och lokalisation, diagnosår 2008-2018.

	Skivepitelcancer	Spottkörtelcancer	Övriga	Totalt
Lokalisation				
Tunga	1791 (98.6 %)	11 (0.6 %)	15 (0.8 %)	1817 (100.0 %)
Gingiva överkäke	345 (90.8 %)	19 (5.0 %)	16 (4.2 %)	380 (100.0 %)
Gingiva underkäke	689 (96.4 %)	14 (2.0 %)	12 (1.7 %)	715 (100.0 %)
Munbotten	552 (96.0 %)	13 (2.3 %)	10 (1.7 %)	575 (100.0 %)
Bucca	466 (85.2 %)	70 (12.8 %)	11 (2.0 %)	547 (100.0 %)
Hårda gommen	52 (34.4 %)	92 (60.9 %)	7 (4.6 %)	151 (100.0 %)
Övriga munhåla	209 (85.0 %)	33 (13.4 %)	4 (1.6 %)	246 (100.0 %)
Totalt	4104 (92.6 %)	252 (5.7 %)	75 (1.7 %)	4431 (100.0 %)

14.2 Skivepitelcancer i munhåla

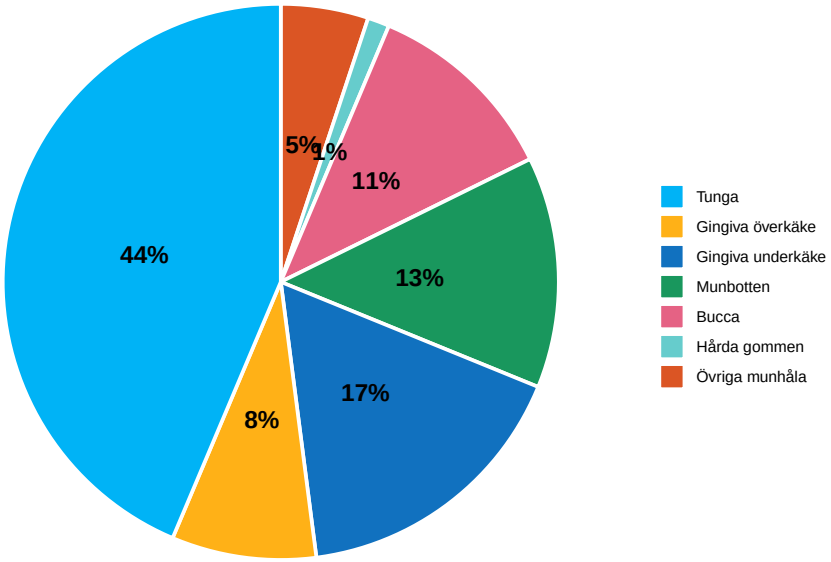
Av de 448 anmälda fallen av munhålecancer 2018 var majoriteten skivepitelcancer, 407 fall (figur 31).

Figur 31. Antal anmälda fall av munhålecancer SweHNCR per diagnosår. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.



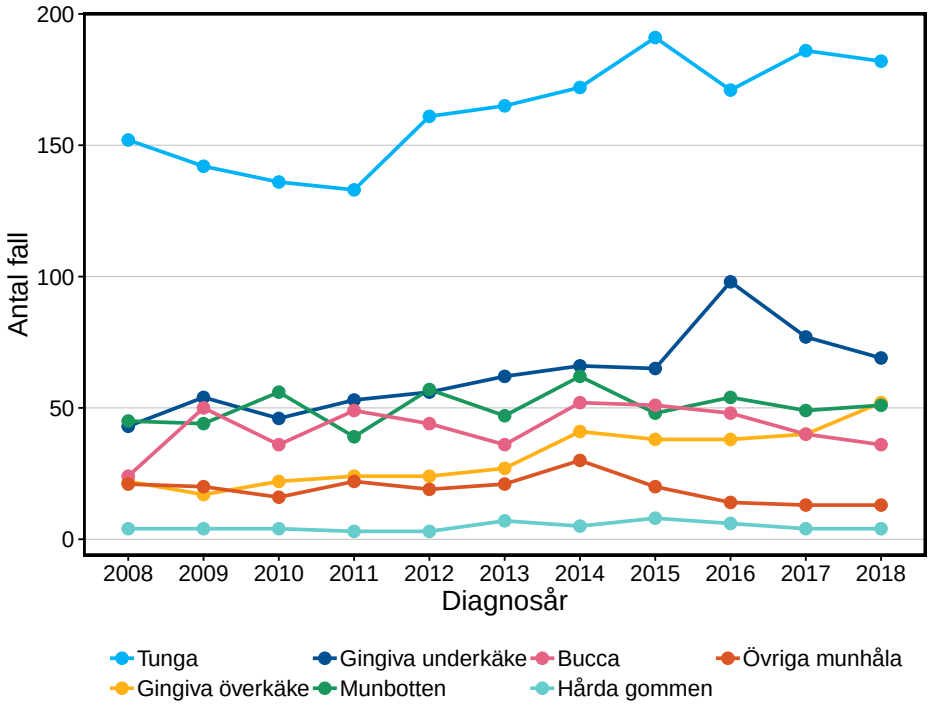
Av skivepitelcancer inom munhålan utgör sublokalen tunga knappt 44 % av alla anmälda fall (figur 32).

Figur 32. Antal fall per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.



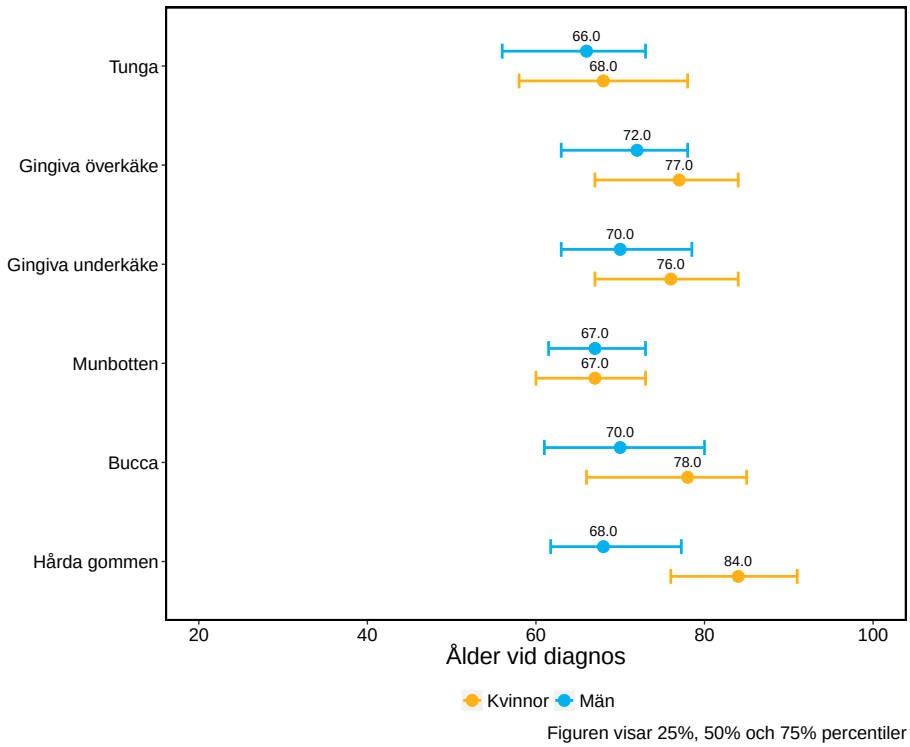
Det är framförallt antalet fall av skivepitelcancer i tunga och gingiva som ökar (figur 33).

Figur 33. Antal anmälda fall av munhålecancer SweHNCR per lokalisation och diagnosår. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.



Det är hög medianålder för insjuknande i skivepitelcancer i munhåla för kvinnor framförallt i tumörlokalisationerna gingiva, bucca och hårda gommen (figur 34).

Figur 34. Ålder vid diagnos per lokalisation och kön för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.



14.2.1 Rökvanor

Rökning är en viktig riskfaktor vid huvud- och halscancer. Enligt inrapporteringen till kvalitetsregistret är dock mindre än hälften av patienterna som drabbats av munhålecancer 2014 – 2018 rökare eller före detta rökare. Undantag är gruppen med munbottencancer där 84 % av patienterna är rökare eller före detta rökare (tabell 6).

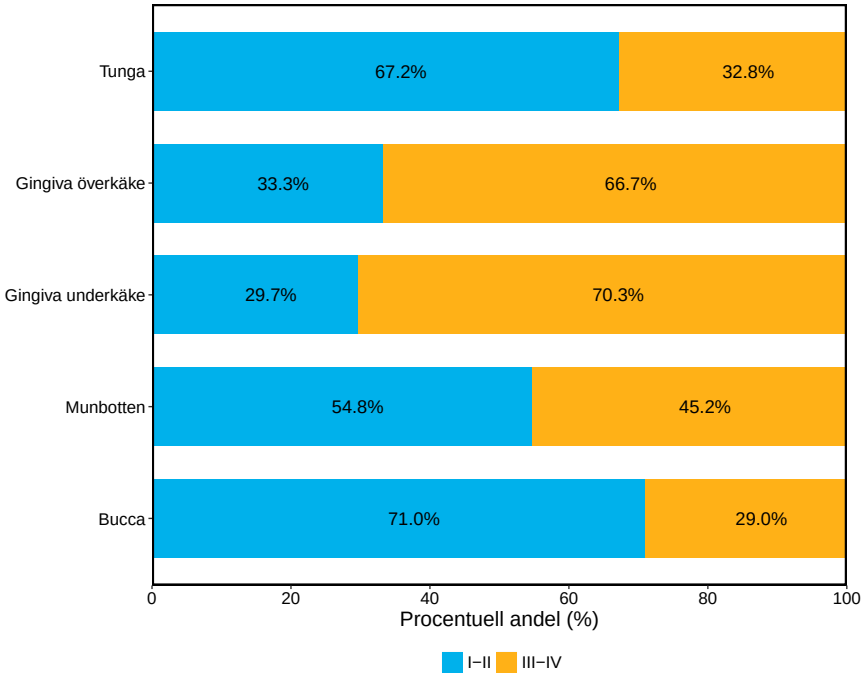
Tabell 6. Rökvanor för patienter med munhålecancer per lokalisation, diagnosår 2014-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.

	Tunga	Gingiva överkäke	Gingiva underkäke	Munbotten	Bucca
Rökvanor					
Aldrig rökare (eller endast feströkt)	397 (45 %)	113 (55 %)	170 (47 %)	28 (11 %)	79 (36 %)
Före detta rökare (rökfri mer än ett år)	190 (22 %)	48 (23 %)	72 (20 %)	45 (18 %)	54 (25 %)
Rökare (daglig rökning under minst ett år)	211 (24 %)	19 (9 %)	75 (21 %)	169 (66 %)	39 (18 %)
Uppgift saknas	85 (10 %)	27 (13 %)	48 (13 %)	15 (6 %)	47 (21 %)
Totalt	883 (100 %)	207 (100 %)	365 (100 %)	257 (100 %)	219 (100 %)

14.2.2 Stadiefördelning

Majoriteten av patienterna med tung-, buccal- och munbottencancer diagnosticeras i ett tidigt kliniskt stadium (I eller II) medan gingivalcancer oftast diagnosticeras i ett sent stadium (III eller IV), vilket visas i figur 35.

Figur 35. Stadiefördelning per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.



Till övervägande del beror skillnaden i stadium vid diagnos på skillnader i T-stadium. Majoriteten av fallen med skivepitelcancer i över- och underkäkens gingiva klassades som T4 vid diagnos medan majoriteten av tung-, buccal- och munbotten cancer bedömdes som T1 eller T2 (tabell 7). Majoriteten av patienterna oavsett tumörlokal klassades som N0, d.v.s. bedömdes inte ha några lymfkörtelmetastaser (tabell 8).

Tabell 7. T-klass (T1-T4) för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer.

	Tunga	Gingiva överkäke	Gingiva underkäke	Munbotten	Bucca	Hårda gommen	Övriga munhåla
T-klass							
T1	739 (42 %)	69 (20 %)	121 (18 %)	219 (40 %)	207 (45 %)	13 (25 %)	38 (18 %)
T2	636 (36 %)	52 (15 %)	109 (16 %)	143 (26 %)	159 (35 %)	9 (18 %)	62 (30 %)
T3	181 (10 %)	12 (4 %)	29 (4 %)	44 (8 %)	44 (10 %)	5 (10 %)	12 (6 %)
T4	212 (12 %)	207 (61 %)	413 (61 %)	141 (26 %)	50 (11 %)	24 (47 %)	94 (46 %)
Totalt	1768 (100 %)	340 (100 %)	672 (100 %)	547 (100 %)	460 (100 %)	51 (100 %)	206 (100 %)

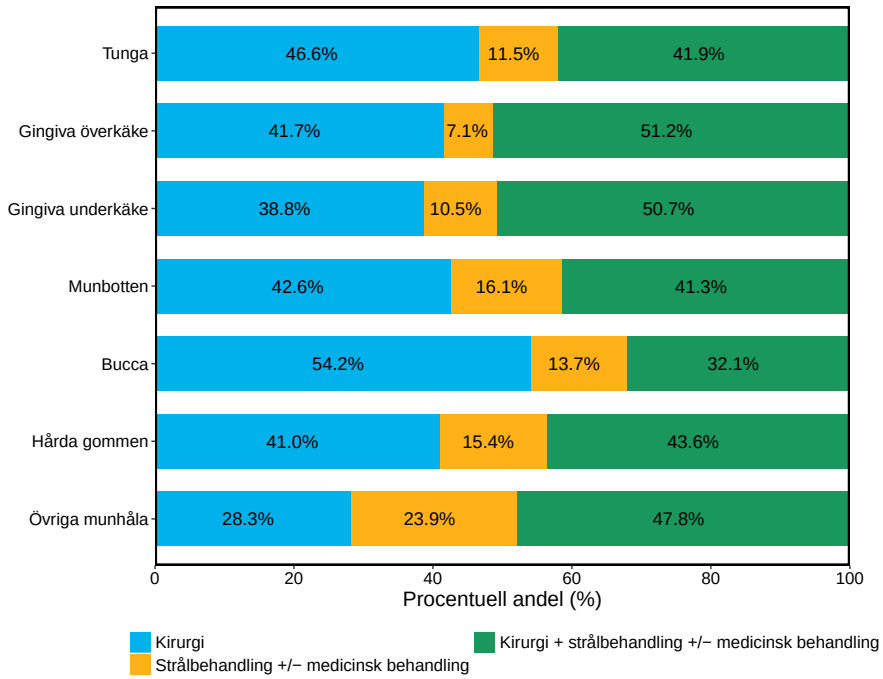
Tabell 8. N-klass för munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer

	Tunga	Gingiva överkäke	Gingiva underkäke	Munbotten	Bucca	Hårda gommen	Övriga munhåla
N-klass							
N0	1338 (76 %)	273 (80 %)	459 (68 %)	382 (70 %)	378 (82 %)	44 (88 %)	137 (67 %)
N1	139 (8 %)	17 (5 %)	75 (11 %)	48 (9 %)	38 (8 %)	2 (4 %)	20 (10 %)
N2	279 (16 %)	49 (14 %)	137 (20 %)	113 (21 %)	45 (10 %)	4 (8 %)	45 (22 %)
N3	13 (1 %)	1 (0 %)	4 (1 %)	4 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (2 %)
Totalt	1769 (100 %)	340 (100 %)	675 (100 %)	547 (100 %)	461 (100 %)	50 (100 %)	206 (100 %)

14.2.3 Behandling

I figur 36 och tabell 9 visas behandlingsfördelning för given behandling per lokalisation för munhålecancer med histopatologisk diagnos skivepitelcancer. Endast patienter där syfte med behandlingen var kurativ ingår. I gruppen *"Strålbehandling +/- medicinsk behandling"* ingår totalt 437 fall, 121 (27.7 %) av dessa fall fick medicinsk tumörbehandling. I gruppen *"Kirurgi + strålbehandling +/- medicinsk behandling"* ingår totalt 1518 fall, 205 (13.5 %) av dessa fall fick medicinsk tumörbehandling. Merparten av patienterna behandlas med kirurgi som monoterapi eller i kombination med strålbehandling +/- medicinsk behandling. Sedan 2016 ses en ökning av kirurgi som monoterapi medan andelen kombinationsbehandling minskat (figur 37).

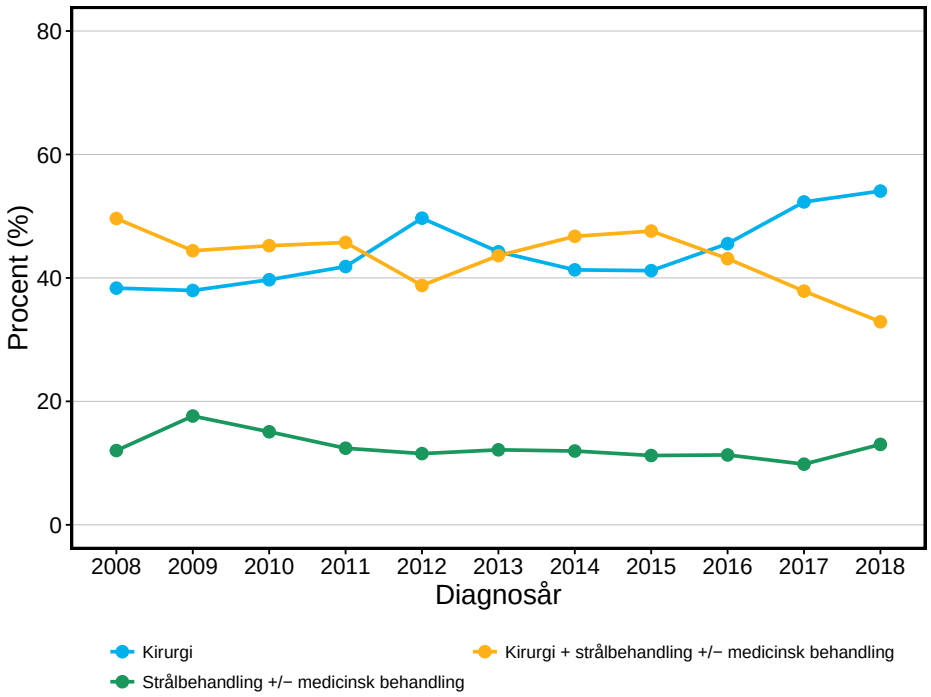
Figur 36. Behandlingsfördelning för given behandling per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.



Tabell 9. Behandlingsfördelning för given behandling per lokalisation för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.

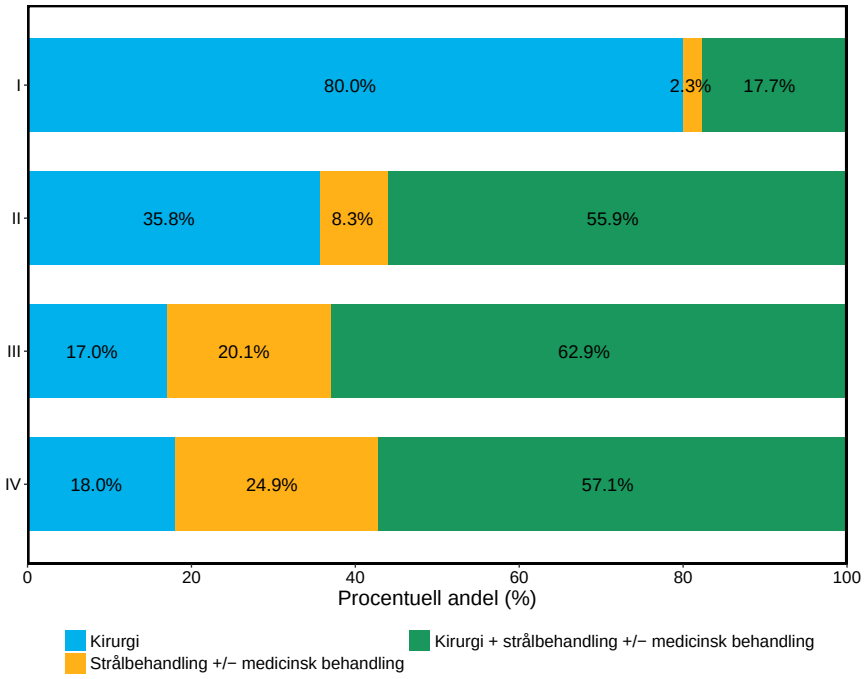
	Tunga	Gingiva överkäke	Gingiva underkäke	Munbotten	Bucca	Hårda gommen	Övriga munhåla
Behandling							
Kirurgi	745 (47 %)	118 (42 %)	221 (39 %)	201 (43 %)	213 (54 %)	16 (41 %)	45 (28 %)
Strålbehandling +/- medicinsk behandling	183 (11 %)	20 (7 %)	60 (11 %)	76 (16 %)	54 (14 %)	6 (15 %)	38 (24 %)
Kirurgi + strålbehandling +/- medicinsk behandling	670 (42 %)	145 (51 %)	289 (51 %)	195 (41 %)	126 (32 %)	17 (44 %)	76 (48 %)
Totalt	1598 (100 %)	283 (100 %)	570 (100 %)	472 (100 %)	393 (100 %)	39 (100 %)	159 (100 %)

Figur 37. Behandlingsfördelning för given behandling för patienter med munhålecancer per diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. Andelarna för behandlingarna summerar till 100 % per diagnosår.



Tumörer i stadium I behandlas till övervägande del med kirurgi som monoterapi (80 %) medan majoriteten av patienterna med högre stadier erhöll kombinationsbehandling. Kirurgi som monoterapi gavs även till ca 18 % av patienterna med stadium III och IV (figur 38).

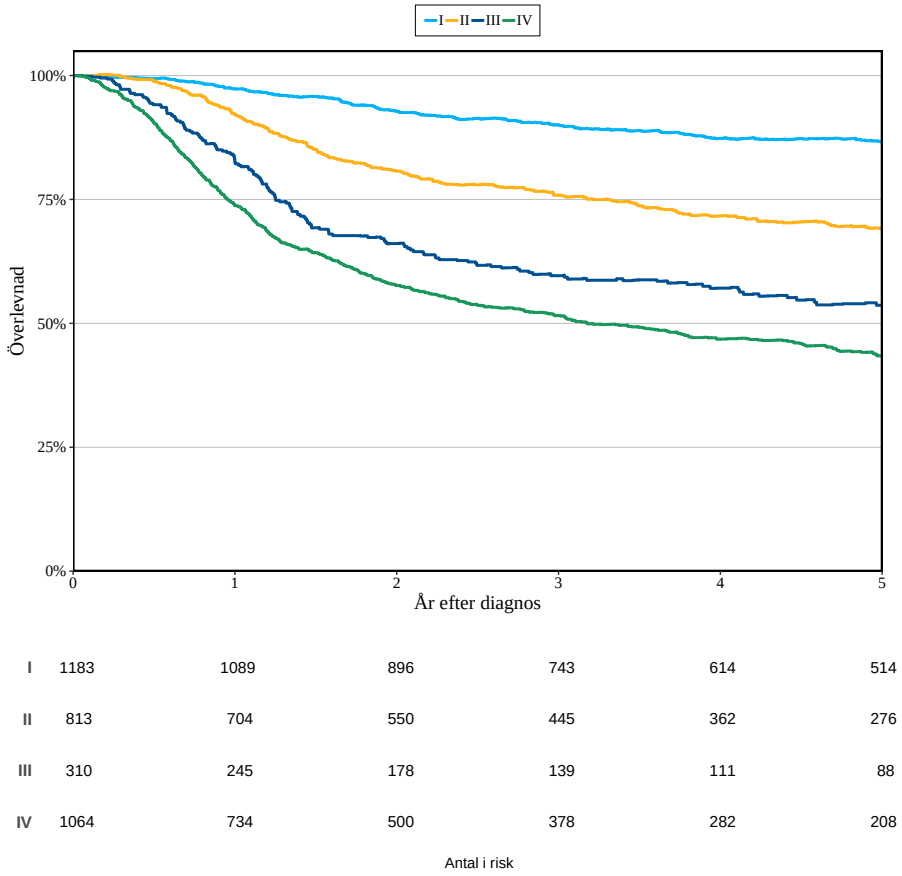
Figur 38. Behandlingsfördelning för given behandling per stadie för munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan).



14.2.4 Överlevnad

Den relativa 5-års överlevnaden för skivepitelcancer i munhåla vid kurativt syftande behandling är 66% (95 % KI: 64 %-68 %). Överlevnaden är korrelerad till stadium (figur 39 och tabell 10) och tumörlokal (figur 40 och tabell 11). Buccalcancer har högst relativ 5-års överlevnad jämfört med de övriga lokalisationerna.

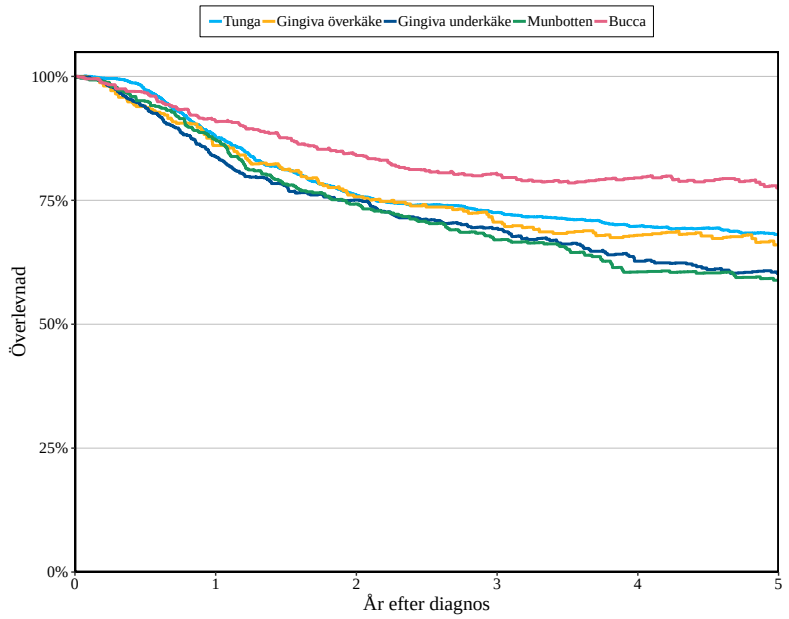
Figur 39. Relativ överlevnad per stadie för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.



Tabell 10. Relativ 5-års överlevnad per stadie för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.

	5-års relativ överlevnad	95% konfidensintervall
Stadium		
I	87	(83 - 90)
II	69	(65 - 73)
III	54	(47 - 61)
IV	43	(40 - 47)

Figur 40. Relativ överlevnad per lokalisation för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt. Lokalisation hårda gommen är exkluderad på grund av få fall.



Tunga	1586	1308	987	802	659	532
Gingiva överkäke	270	214	161	126	102	73
Gingiva underkäke	537	419	328	249	182	144
Munbotten	446	371	279	225	173	145
Bucca	387	330	271	225	185	144

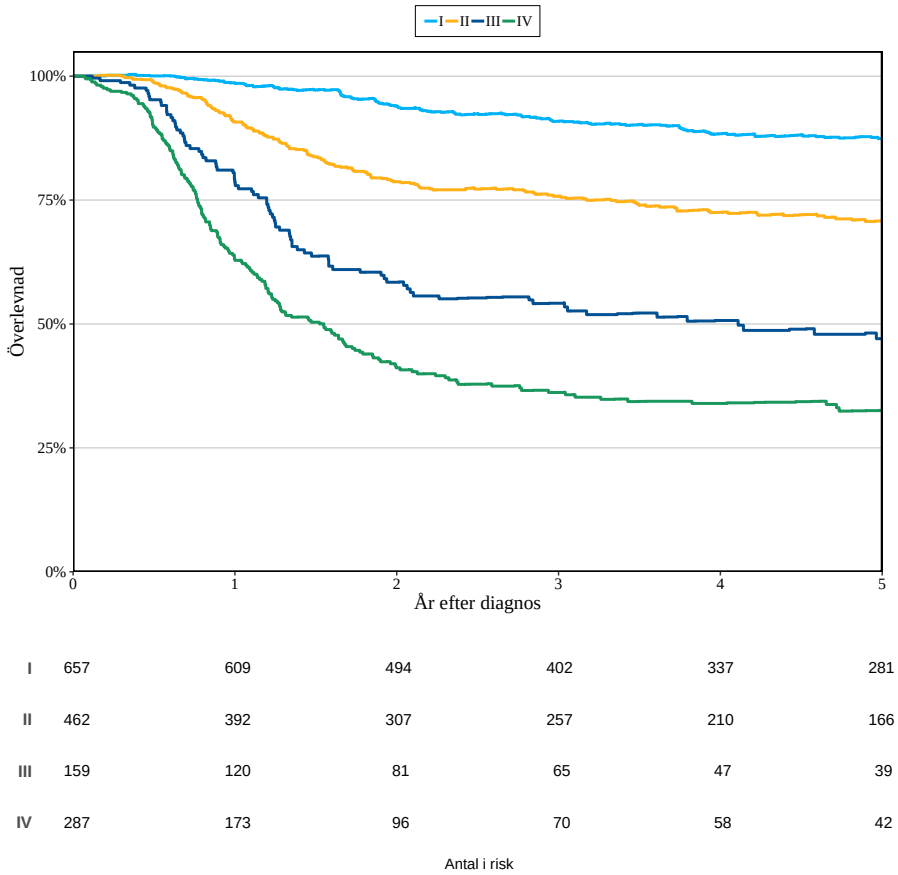
Antal i risk

Tabell 11. Relativ 5-års överlevnad per lokalisation för patienter med munhålecancer, diagnosår 2008-2018. Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.

	5-års relativ överlevnad	95% konfidensintervall
Stadium		
Tunga	68	(65 - 71)
Gingiva överkäke	66	(58 - 75)
Gingiva underkäke	60	(55 - 66)
Munbotten	59	(54 - 65)
Bucca	77	(71 - 84)

Tungcancer som är den vanligaste tumörlokalisationen uppvisar samma skillnader i överlevnad beroende på stadium som munhålecancer i helhet (figur 41 och tabell 12).

Figur 41. Relativ överlevnad per stadie för patienter med tungcancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.



Tabell 12. Relativ 5-års överlevnad per stadie för patienter med tungcancer, diagnosår 2008-2018 (stadieindelning enligt UICC 7:e upplagan). Endast patienter med histopatologisk diagnos skivepitelcancer och där syfte med behandling är kurativt.

	5-års relativ överlevnad	95% konfidensintervall
Stadium		
I	87	(83 - 92)
II	71	(66 - 76)
III	47	(39 - 57)
IV	33	(27 - 40)

14.3 Sammanfattning

Munhålecancer är den vanligaste cancerformen inom huvud- och halsområdet och utgör 29 % av alla anmälda huvud- och halscancerfall. Sedan registret startade 2008 tom 2018 har totalt 4442 patienter anmälts med munhålecancer. I genomsnitt anmäldes 404 patienter per år.

Den dominerande histopatologiska typen är skivepitelcancer som utgör 93 % av alla anmälda fall medan spottkörtelcancer och övriga (tex maligna slemhinnemelanom) utgör 7 %. Den vanligaste tumörlokalen i den svenska populationen är tunga (41 %) följt av gingiva i över- eller underkäke (25 %).

Patienter med munhålecancer är en heterogen grupp där chansen till bot är beroende av flera faktorer. Tumörens lokalisation och stadium har liksom vid övrig huvud-och halscancer störst betydelse för överlevnaden. De flesta patienter med tung-, buccal- och munbottencancer diagnosticeras i tidiga stadier i motsatts till gingivalcancer som diagnosticeras i sena stadier.

Majoriteten av patienterna i stadium I behandlades med kirurgi som monoterapi, vid högre stadier kombinerades kirurgin i mer än hälften av alla fall med strålbehandling +/- medicinsk behandling.

Den relativa 5-års överlevnaden för skivepitelcancer i munhåla vid kurativt syftande behandling är 66% (95 % KI: 64 %-68 %). Den relativa 5-årsöverlevanden för skivepitelcancer i munhåla vid kurativt syftande behandling för stadium I var 87 % medan överlevnaden för stadium IV endast var 43 %.

15 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT

- **PREM**
  - PREM ingår som en del av registret, vg se ovan.

- **PROM-studier**
  - **Livskvalitet ett år efter behandling av orofaryngeal cancer som del i registret** PROM-studie, nationellt prospektiv, för patienter med orofarynxcancer, 700 patienter har inkluderats och två manuskript är inskickade till vetenskaplig tidskrift.
  - **Nationellt prospektiv livskvalitetsstudie för patienter med munhålecancer som del i registret.** Studien innefattar livskvalitetsenkäter vid tre tillfällen under ett år och beräknas pågå under minst två år. Startade 2019.

- **Pågående projekt**
  På grund av registrets struktur med nio diagnosgrupper och flera olika ICD-koder inom varje grupp har det tidigare inte funnits tillräckligt stora grupper att analysera och vetenskapligt redovisa. Nu börjar antalet bli tillräckligt stort inom flera grupper, och det föreligger ett tiotal pågående projekt.
  - **Carcinoma of the tongue** – a population based analysis of prognosis in relation to age. Studien har presenterats på ÖNH dagarna 2019 och manuskript är under bearbetning.
  - **Differences in pattern of relapse between HPV positive and HPV negative oropharyngeal SCC**
  - **Nordic larynx cancer collaboration study 2011-2012** (en jämförelse av behandling och behandlingsutfall mellan de nordiska länderna). Studien presenterades vid ICHNO i Barcelona 2019.
  - **HPV vid orofarynxcancer icke-tonsill och icke-tungbas cancer**
  - **Hälsoekonomisk studie vid behandling av Orofarynxcancer** i Södra Sjukvårdsregionen
  - **Osteoradionekros vid tungbascancer**
  - **Sino-nasal cancer** – malignt slemhinnemelanom i Södra sjukvårdsregionen
  - **Munhålecancer i Sverige**, skillnader i utfall beroende på lokalisation, ledtider, val av behandling och prognostiska markörer
  - **Behandling av tungbascancer i Sverige 2008-14:** Vilken terapi bör rekommenderas vid HPV positiv (p16+) tungbascancer? I manuskript
  - **Naturalförloppet vid palliativt behandlad eller obehandlad ÖNH-cancer**
  - **Återgång till arbete efter diagnos av oropharyngeal cancer**, i manuskript
  - **A population based perspective on treatment and outcome of glottic laryngeal carcinoma stage T3 and T4 – does organ preservation jeopardize survival?**
  - **Differences in pattern of presentation, treatment and relapse between HPV positive and HPV negative oropharyngeal SCC treated with radiotherapy and salvage surgery.**
  - **Spottkörtelcancer – deskriptiv, populationsbaserad studie**

16 VETENSKAPLIGA PRESENTATIONER OCH PUBLIKATIONER

16.1 Presenterade artiklar och abstrakt 2017-2018

- **Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses: Treatment and survival in the Swedish population**
  Anders Westerborn, Erik Holmberg, Martin Beran, Johan Wennerberg, Anders Högmo, et al. Presentation XXXIII Congress of Nordic Association of Otolaryngology, Göteborg 31 maj - 3 juni 2017

- **Human Papilloma virusvaccination of boys in the Swedish national vaccination programme,** Folkhälsomyndigheten, Kunskapsunderlag 2017-07-02

- **Swedish National Register study on Head and Neck Cancer of Unknown Primary: Impact of treatment**
  Lars Axelsson, Erik Holmberg, Jan Nyman, Anders Högmo, Helena Sjödin, Maria Gebre-Medhin, Mathias von Beckerath, Thomas Ekberg, Lovisa Farnebo, Charbél Talani, Lena Spak Norberg, Isak Notstam, Eva Hammerlid. On behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (Avhandling 2018)

- **Nationellt vårdprogram Huvud- och halscancer**
  Reviderat 2019

16.2 Publicerade artiklar och abstract

- Svensk ÖNH-tidskrift nr 3/2016 s. 20-24
  Jämställd tillgång till vård för patienter med munhålecancer och orofarynxcancer?
  Molly Melin. Handledare: Anders Högmo & Krister Tano, Karolinska sjukhuset, ÖNH & institutionen för klin vetenskap, ÖNH, Umeå 2016.

- Presentation ÖNH-dagarna Umeå juni 2016 och Svensk ÖNH-tidskrift nr 3/2016 s. 39-37
  Kirurgi är ett hantverk – Hantverkare behöver träning
  Johan Wennerberg & SweHNCR

- Abstrakt Nordisk ÖNH-konferens, Göteborg, juni 2017, fullständigt manus för publicering i internationell, refereegranskad tidskrift under utarbetande.
  Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses: Treatment and survival in the Swedish population.
  Anders Westerborn et al & SweHNCR

- Abstrakt Nordisk ÖNH-konferens, Göteborg, juni 2017
  Why Quality Registers - and Why so little Collaboration?
  Johan Wennerberg & SweHNCR

- Svensk ÖNH-tidskrift nr 1/2016 s. 18-19
  Värdet av brachyterapi vid tungbascancer eller (vid närmare eftertanke) - Behandling av tungbascancer i Sverige
  Anders Högmo, Erik Holmberg & SweHNCR

- Scand Soc H&N Onkology, Reykjavik, 2016 (föredrag)
  The ”fast track” in Sweden
  Martin Beran & SweHNCR

- Scand Soc H&N Onkology, Reykjavik, 2016 (föredrag)
  ”State of the art in Sweden” Behandling av larynxcancer – hur gör vi, och hur går det egentligen för våra patienter?
  Hedda Haugen, et al.

- Kvalitetsregisterdagar RCO Syd, Lund 17-18 september 2015 (föredrag)
  Vilken nytta har man av kvalitetsregisterdata?
  Ett par exempel från Svenskt Kvalitetsregister för Huvud- och Halscancer (SweHNCR)
  Johan Wennerberg och Eva Brun

- SvD debatt, 10 augusti 2015
  Vaccinera även pojkar mot HPV
  Johan Wennerberg, Martin Beran, Owe Persson, Hans-Ola Fors, Eva Brun, Tomas Ekberg, Eva Hammerlid, Anders Högmo, Freddi Lewin, Eva Munck-Wikland, Magnus Niklasson, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Karin Söderström, Anders Westerborn, Björn Zackrisson

- ÖNH-dagarna, Stockholm 21 maj 2015 (föredrag)
  Värdet av brachyterapi vid tungbascancer?
  Anders Högmo och Eva Brun

- ÖNH-dagarna, Stockholm 21 maj 2015 (föredrag)
  Head and Neck Cancer – A mixed bag of tumours
  Johan Wennerberg, Erik Holmberg, Martin Beran, Gunnar Adell, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Mats Engström, Lovisa Farnebo, Eva Hammerlid, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddi Lewin, Magnus Niklasson, Hedda Haugen, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Anders Westerborn and Björn Zackrisson Depts of ORL/H&N Surgery and Oncology at the University Hospitals in Gothenburg, Linköping, Lund, Stockholm, Uppsala, Umeå and Örebro. Regional Cancer Centres in Gothenburg and Umeå.

- IFHNOS/AHNS meeting, New York, 26-30 juli, 2014 (föredrag)
  A population based perspective on treatment and outcome of glottic laryngeal carcinoma stage T3 and T4 – does organ preservation jeopardize survival?
  Johan Wennerberg, Johan Reizenstein, Erik Holmberg, Martin Beran, Gunnar Adell, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Tomas Ekberg, Mats Engström, Lovisa Farnebo, Eva Hammerlid, Hedda Haugen, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddie Lewin, Magnus Niklasson, Jan Nyman, Anders Westerborn, Helena Sjödin, Björn Zackrisson. Depts. of ORL/H&N Surgery, Oncology and Regional Cancer Centres at the University Hospitals in Lund, Gothenburg, Örebro, Stockholm, Uppsala, Umeå, Linköping and the Swedish Quality register for H&N Cancer (SweHNCR), Sweden

- SSHNO annual meeting, Stockholm, 20-21 mars 2014:
  Head and Neck Cancer – A mixed bag of tumours (föredrag)
  Johan Wennerberg, Erik Holmberg, Martin Beran, Gunnar Adell, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Mats Engström, Lovisa Farnebo, Eva Hammerlid, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddi Lewin, Magnus Niklasson, Hedda Haugen, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Anders Westerborn and Björn Zackrisson Depts of ORL/H&N Surgery and Oncology at the University Hospitals in Gothenburg, Linköping, Lund, Stockholm, Uppsala, Umeå and Örebro. Regional Cancer Centers in Gothenburg and Umeå.

- Nordic Symposium on Laryngeal cancer, Malmö, mars 2013
  A population based perspective on treatment and outcome for patients with laryngeal cancer
  Johan Wennerberg, Johan Reizenstein, Erik Holmberg and Martin Beran on behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR) Depts of ORL/H&N Surgery and Oncology at the University Hospitals in Gothenburg, Lund, and Örebro. Regional Cancer Center in Gothenburg

- AHNS (8th Int Conf H&N Ca), Toronto, juli 2012 (poster)
  A population based perspective on treatment and outcome of advanced laryngeal carcinoma
  Johan Wennerberg MD, PhD, Johan Reizenstein MD, Erik Holmberg PhD, Martin Beran MD, PhD, Gunnar Adell MD, PhD, Eva Brun MD, PhD, Lena Cederblad MD, Lena Damber PhD, Mats Engström MD, PhD, Lovisa Farnebo MD, PhD, Eva Hammerlid MD, PhD, Anders Högmo MD, PhD, Göran Laurell MD, PhD, Freddie Lewin MD, PhD, Magnus Niklasson MD, PhD, Jan Nyman MD, PhD, Anders Westerborn MD, Björn Zackrisson MD, PhD, Depts. of ORL/H&N Surgery, Oncology and Oncologic Centers at the University Hospitals in Lund, Gothenburg, Örebro, Stockholm, Uppsala, Umeå, and Linköping, Sweden

- ÖNH-dagarna, 2012, Linköping (föredrag)
  Treatment and survival for oral cancer in Sweden, results from the first three years from the Swedish Head and Neck Cancer Register
  Eva Hammerlid, Gunnar Adell, Martin Beran, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Mats Engström, Lovisa Farnebo , Erik Holmberg, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddie Lewin,Magnus Niklasson, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Anders Westerborn, Johan Wennerberg, Björn Zackrisson.

- SSHNO, Köpenhamn, april 2012 (föredrag)
  Treatment and survival for oral cancer in Sweden, results from the first three years from the Swedish Head and Neck Cancer Register
  Eva Hammerlid, Gunnar Adell, Martin Beran, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Mats Engström, Lovisa Farnebo , Erik Holmberg, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddie Lewin, Magnus Niklasson, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Anders Westerborn, Johan Wennerberg, Björn Zackrisson.

- Svensk ÖNH-tidskrift 3/2012 (s. 12-16)
  ”State of the art” Behandling av larynxcancer – hur gör vi, och hur går det egentligen för våra patienter?
  Martin Beran, Johan Reizenstein, Johan Wennerberg och Erik Holmberg. Baserat på och med benäget bistånd av Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer [SweHNCR - The Swedish Head and Neck Cancer Register]*
  **[Anders Westerborn, Gunnar Adell, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Thomas Ekberg, Eva Hammerlid, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddie Lewin, Magnus Niklasson, Jan Nyman, Björn Zackrisson]*

- American Academy, september, 2011 (poster)
  Treatment and survival for oral cancer in Sweden, results from the first three years from the Swedish Head and Neck Cancer Register
  Eva Hammerlid, Gunnar Adell, Martin Beran, Eva Brun, Lena Cederblad, Lena Damber, Mats Engström, Lovisa Farnebo , Erik Holmberg, Anders Högmo, Göran Laurell, Freddie Lewin,Magnus Niklasson, Jan Nyman, Johan Reizenstein, Anders Westerborn, Johan Wennerberg, Björn Zackrisson.

17 DELTAGANDE I ÖPPNA JÄMFÖRELSER OCH SOCIALSTYRELSENS UTREDNINGAR ANGÅENDE VÄNTETIDER I CANCERVÅRDEN

- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2009, SKL, Socialstyrelsen s. 210.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2010, SKL, Socialstyrelsen s. 231-233.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2011, SKL, Socialstyrelsen s. 308-309.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2012, SKL, Socialstyrelsen s. 294-295.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2013, SKL, Socialstyrelsen s. 234.
- Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011, SKL, Socialstyrelsen s. 128-131.
- Cancersjukvård jämförelser mellan landsting, Öppna jämförelser 2014, SKL, Socialstyrelsen. s. 123-126.
- I väntan på besked -Väntetider inom cancervården -Kartläggning och förslag till mätmodell, Socialstyrelsen 2010, sid. 34.
- Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling - Rapport oktober 2012, Socialstyrelsen.
- Väntetider i cancervården – väntetider från remiss till behandling i cancervården – delrapport oktober 2013, Socialstyrelsen, s. 43-46.
- Väntetider i cancervården – väntetider från remiss till behandling i cancervården – Rapport december 2014, Socialstyrelsen, s. 15.
- Väntetider i cancervården – Rapport december 2015, Socialstyrelsen, s. 20-22.
- Standardiserade vårdförlopp i cancervården – En baslinjestudie okt 2015 Socialstyrelsen s 23-30
- Standardiserade vårdförlopp i cancervården – Lägesrapport 2016, november 2016, Socialstyrelsen, s 57-60.