Huvud- och halscancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2022

Diagnosår: 2008-2021

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@vgregion.se

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

© 2022 Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen
ISBN 978-91-87663-38-3

Innehållsförteckning

1 FÖRORD **1**

2 HUVUD- OCH HALSCANCER **2**
2.1 Antal fall 2
2.1.1 Antal fall under pandemin *3*
2.2 Diagnos-, ålders- och könsfördelning 4
2.3 Incidenstrender 6

3 TÄCKNINGSGRAD MOT CANCERREGISTRET **8**

4 INRAPPORTERING AV ANMÄLAN **12**

5 INRAPPORTERING AV BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING **14**
5.1 Inrapportering av genomförd behandling 14
5.2 Inrapportering av uppföljning 15

6 REGISTRETS VALIDITET **18**

7 LEDTIDER OCH STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP (SVF) **19**
7.1 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut 19
7.2 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart 20
7.3 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när kirurgi är första behandling 21
7.4 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när strålbehandling är första behandling 22
7.5 Skillnader i ledtider mellan könen 22

8 PREM OCH PROM **26**
8.1 PREM 26
8.1.1 PREM 2018-2020 ..... *26*
8.2 PROM 27

9 PRESENTATION AV REGISTRET PÅ ENGELSKA **27**

10 ÖPPEN REDOVISNING **28**

11 INTERN REDOVISNING - KOLL PÅ LÄGET **29**

12 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS (MDK) **31**

13 ÖVERLEVNAD **32**

14 LÄPPCANCER **34**
14.1 Antal fall och täckningsgrader 34
14.2 Lokalisation 36
14.3 TNM-klassifikation och stadium 37
14.4 Histopatologi 38
14.5 Rökvanor 39
14.6 WHO-performance status 39
14.7 Ledtider 39
14.8 Given behandling 40
14.9 Överlevnad 41
14.10 Recidiv 42
14.11 Sammanfattning 44

15 VETENSKAPLIGA PUBLIKATIONER **46**
15.1 Publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter 2019-2021 46

15.2 Andra publikationer 47
15.3 ST-projekt baserade på registerdata 47

16 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT 48

Tabeller

1 Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per region och diagnosår för SweHNCR. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 9
2 Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2020-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 9
3 Hur upplever du att informationen inför/under din behandling har varit? 26
4 Hur upplever du som helhet vårdpersonalens bemötande? 26
5 Vilket förtroende har du för cancersjukvården? 27
6 Har du fått en skriftlig vård- eller behandlingsplan? 27
7 Har du fått information om möjlighet att begära en förnyad medicinsk bedömning (en så kallad second opinion)? 27
8 Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. 33
9 Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling per diagnosår. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade. 43
10 Fördelning av lokalisation för första recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade. 43
11 Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling per stadium, diagnosår 2008-2021. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade. 43

Figurer

1 Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. 2
2 Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår. 3
3 Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2021. Totalt antal fall är 20502. . . 4
4 Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2021. 5
5 Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021. 6
6 Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021. 7
7 Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021. 7
8 Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 8
9 Täckningsgrad per region och hela riket för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 8
10 Antal anmälda fall per län diagnosår 2021. Efter det län som patienten var folkbokförd i vid diagnos. 10
11 Täckningsgrad per bostadslän vid diagnos för SweHNCR jämfört med Cancerregistret för diagnosår 2020-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. . 11
12 Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2021. 12
13 Antal månader* tills 90% av anmälningarna har inrapporterats, behandlingsbeslutår 2008-2021. 13
14 Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna onkologiblanketter 2008-2021. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten. 14
15 Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2021. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten. 15
16 Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2021. . . . 16
17 Figuren visar andelen döda och levande patienter diagnostiserade 2008-2018 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2016 med 5-års uppföljning. Patienter där kontroller avslutas i förtid är exkluderade. I cirka 10 % av fallen väljer vården att avsluta kontrollerna i förtid. 17
18 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2021. 20
19 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021. 21
20 Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021. 22
21 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2021, uppdelat på kön. 23
22 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021, uppdelat på kön. 24
23 Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021, uppdelat på kön. 25
24 Definition av kvalitetsindikatorer för Koll på läget. 29
25 ”Koll på läget” för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2021. 30
26 Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2021, diagnosgrupp läppcancer är exkluderad. 31
27 Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR. 32
28 Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. Totalt ingår 19698 patienter i överlevnadsanalysen. 33
29 Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. n = 20526 34
30 Antal nya fall av läppcancer i SweHNCR, diagnosår 2008-2021. 35
31 Antal nya fall av läppcancer i SweHNCR per region, diagnosår 2010-2021. 35
32 Täckningsgrad för läppcancer för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 36

33 Täckningsgrad för läppcancer per region för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2010-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17. 36
34 Fördelning av antalet läppcancerfall per ICD-kod i SweHNCR under perioden 2008-2021. n = 1936 37
35 Antal fall per T-klass för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936 37
36 Antal fall per N-klass för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936 38
37 Antal fall per stadium för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936 38
38 Ledtid från remiss till behandlingsstart för läppcancer i SweHNCR, uppdelat per region 2008-2021. 39
39 Antal fall som erhållit olika behandlingskombinationer för läppcancer fördelat per stadium SweHNCR 2008-2021 (n=1679) 40
40 Antal läppcancerfall som opererats på halsen utöver behandling mot primärtumören fördelat på stadium, diagnosår 2008-2021. n = 1679 40
41 Relativ överlevnad per stadium för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021. 41
42 Relativ överlevnad per region för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021. 42
43 Tid i månader från diagnosdatum till registrering av recidiv, uppdelat per T-klass, diagnosår 2008-2018. Patienter som saknar datum för recidiv eller där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade. 44

1 FÖRORD

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) startade 2008-01-01. Det är ett officiellt register och stöds ekonomiskt av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Registreringen omfattar canceranmälan, ledtider, behandlingsbeslut, genomförd behandling och uppföljning. Registrets Täckningsgrad mot Socialstyrelsens cancerregister är ca 99 %.

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. I registret ingår även PREM (Patient Reported Experience Measures) och PROM (Patient Reported Outcome Measures).

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 2015 och uppdaterades 2019, Incidens, stadiefördelning, behandling samt överlevnad för respektive diagnosgrupp och subgrupper baseras på registerdata.
http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-ochhals/vardprogram/.

Under året har vetenskapliga artiklar baserade på registerdata publicerats, likaså PREM rapporter för år 2018-2020 samt en sammanfattande 3 års rapport för åren 2018-2020, rapporterna finns på följande länk
https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/.

Den årsrapport som vi nu presenterar bygger på data från registret för perioden 2008-2021 och omfattar 20526 patienter. Datauttaget från INCA till årsrapporten gjordes den 17 augusti 2022. Täckningsgrader mot cancerregistret från de sex regionala cancercentrumen levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.

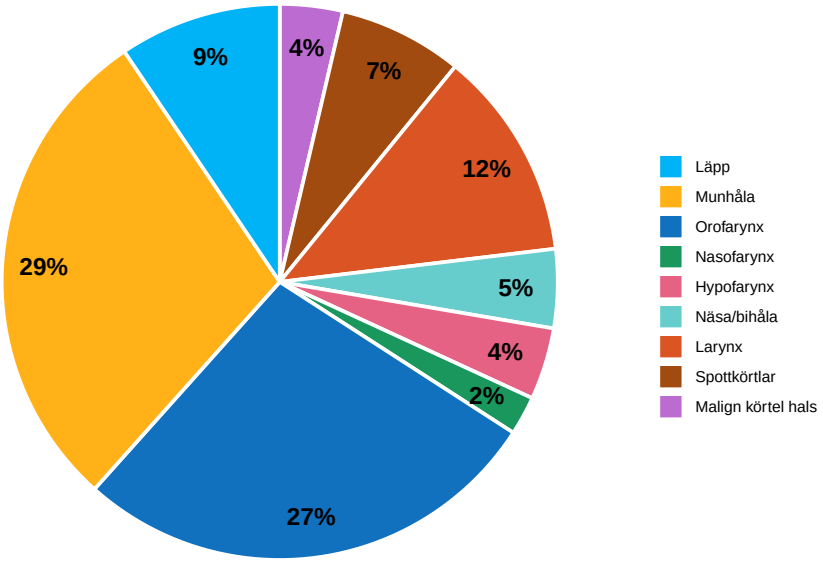
Huvud-halscancer är ett samlingsbegrepp för en grupp sjukdomar med sinsemellan olika karakteristika, behandling och prognos. I 2021 årsrapport väljer vi att fördjupa analysen kring läppcancer den tumörgrupp som har den bästa överlevnaden av de nio tumörgrupperna.

Eva Hammerlid, registerhållare
Lalle Hammarstedt Nordenvall, ordförande
Madeleine Helmersson, statistiker RCC
Tim Säll, statistiker RCC
Anna Hafström, vetenskaplig sekreterare
Mattias Olin, onkologisk representant
Martin Beran, adjungerad
Johan Wennerberg, adjungerad
Anders Högmo, adjungerad

2 HUVUD- OCH HALSCANCER

Huvud-halscancer (HH-cancer) omfattar nio olika diagnosgrupper, maligna tumörer som diagnostiseras i läpp, munhåla, orofarynx, larynx, nasofarynx, hypofarynx, spottkörtlar, näsa och bihålor. Malign körtel på halsen utan att man kunnat finna primärtumören räknas också hit. Cancersjukdom i mellanörat och inneröra är ytterst ovanlig och dessa fall ingår i diagnosgruppen näsa och bihåla. Inom varje grupp finns det undergrupper som sinsemellan har olika karakteristika avseende utredning, behandling och prognos.

Figur 1. Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021.

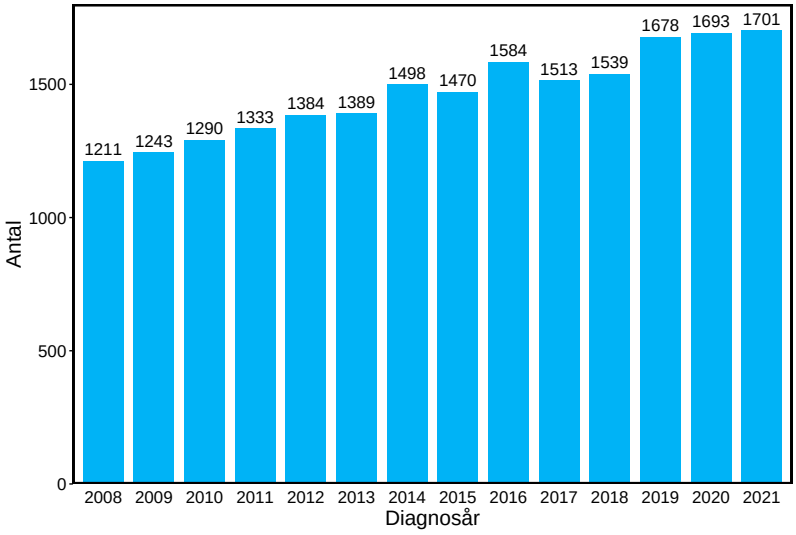


2.1 Antal fall

Huvud- och halscancer är en ovanlig cancerform i Sverige och utgör 2,3 % av samtliga cancerfall. Antalet fall ökar och 2020 registrerades 482 fler fall än 2008 vilket innebär en ökning med 40 %, och 3.3 % per år. För år 2021 har 1701 fall hittills registrerats men det kommer att bli något fler efter det att avstämningen mot Cancerregistret är komplett, (figur 2).

Orofarynxcancer (cancer i halsmandlar, tungbas och övriga delar av mellansvalget) är den diagnosgrupp som ökar mest. Under perioden 2008-2017 var ökningen 65 %, det vill säga 7 % per år. I antal fall står orofarynxcancer för mer än hälften av totala ökningen av huvud- och halscancer. Det är också en av de cancrar som ökar mest i Sverige. Ökningen är till stor del relaterat till HPV infektion. Registret har deltagit i utredningen gällande HPV vaccin för pojkar, då två tredjedelar av de som drabbas av orofarynxcancer är män.

Figur 2. Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår.



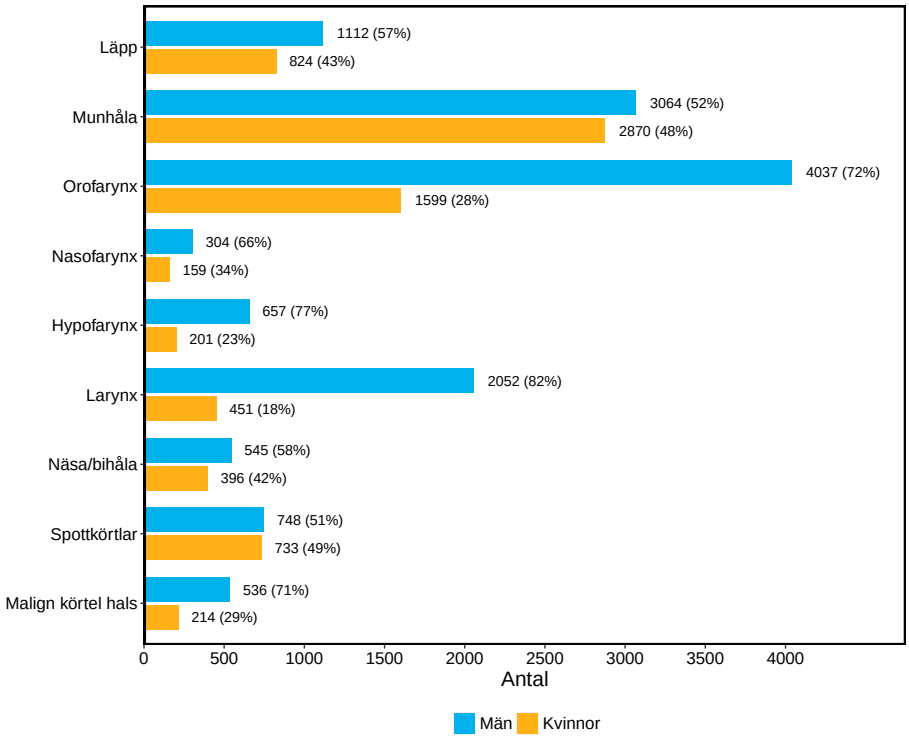
2.1.1 Antal fall under pandemin

Antal nya fall av huvud-halscancer ökade året innan pandemin, dvs 2019 och under 2020 och 2021 bedömer vi att antalet fall kommer att vara ungefär desamma som 2019. Således verkar inte pandemin påverkat antal fall av huvud-halscancer under det första pandemiåret.

2.2 Diagnos-, ålders- och könsfördelning

De nio diagnosgrupperna är mycket olika när det gäller incidens och könsfördelning. De två vanligaste grupperna är munhålecancer och orofarynxcancer som båda har cirka 480 fall per år de senaste åren. Larynxcancer med cirka 180 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 2021 visas i figur 3.

Figur 3. Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2021. Totalt antal fall är 20502.

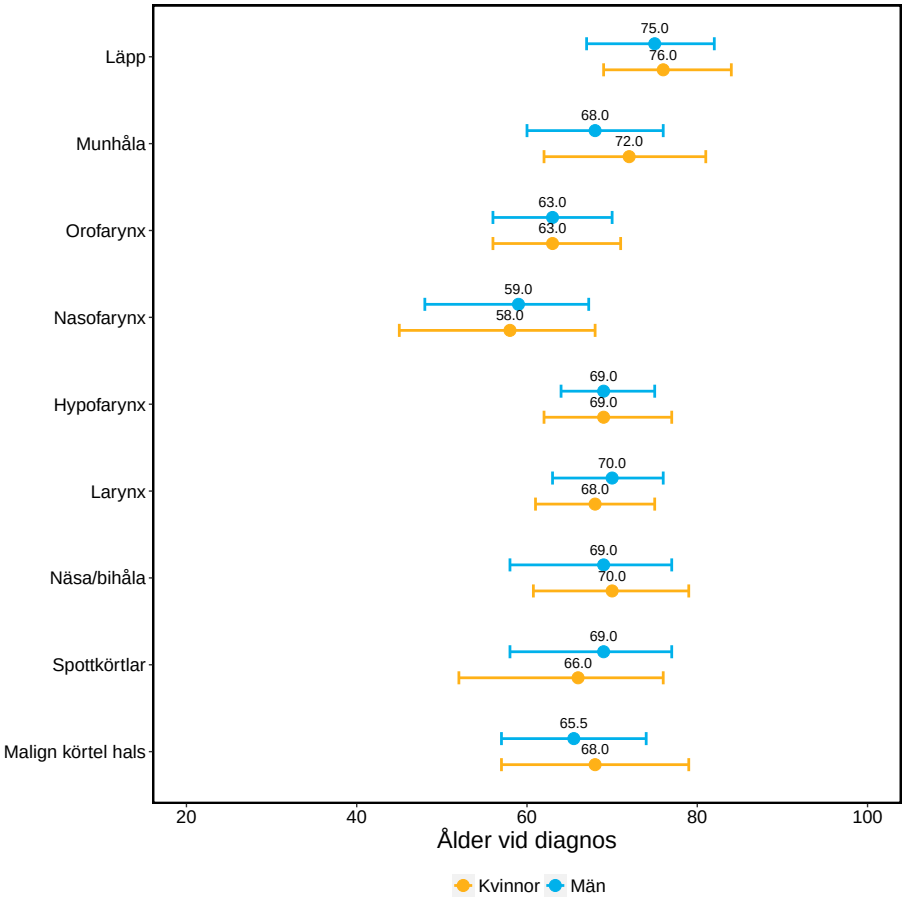


Munhålecancer och spottkörtelcancer förkommer nästan lika ofta hos män som hos kvinnor. Könsfördelningen för näs-bihålecancer är ca 60 % män och 40 % kvinnor och samma fördelning gäller för läppcancer. För övriga diagnosgrupper är det stor övervikt för män och det är mest uttalat vid larynxcancer, 82 % 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 4).

Cancer i munhålan och cancer i orofarynx ligger i anslutning till varandra och utsätts för samma etiologiska agens. Det finns skillnader mellan könen vilket indikerar att det bör föreligga olikheter bl. a. avseende etiologi och tumörbiologi. Det finns också en åldersskillnad vid diagnos. Män med munhålecancer är i snitt 5 år äldre än män med orofarynxcancer. Motsvarande siffra för kvinnor är 9 år.

Figur 4. Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2021.

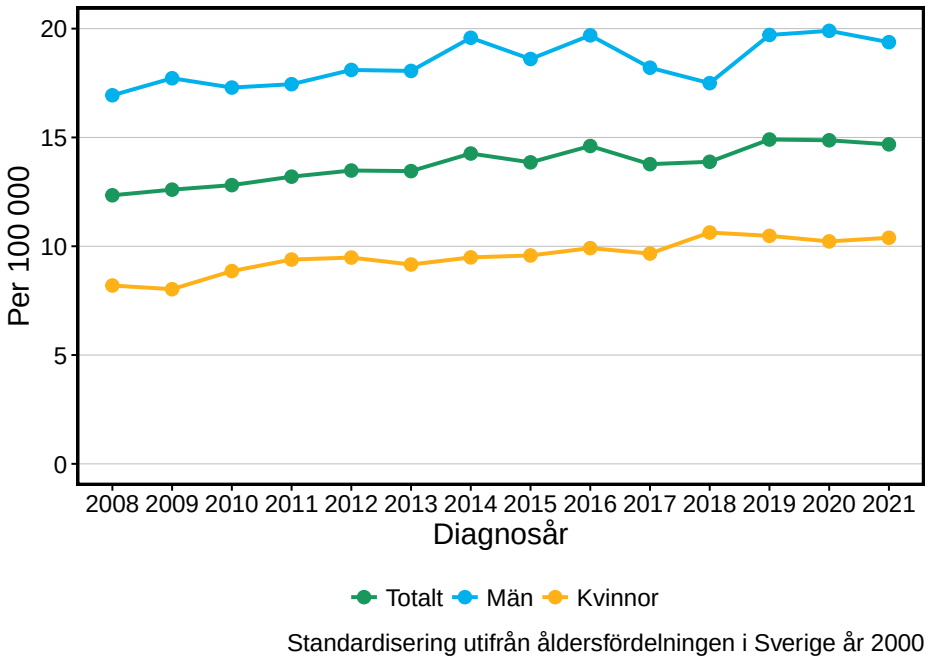


Figuren visar 25%, 50% och 75% percentiler

2.3 Incidenstrender

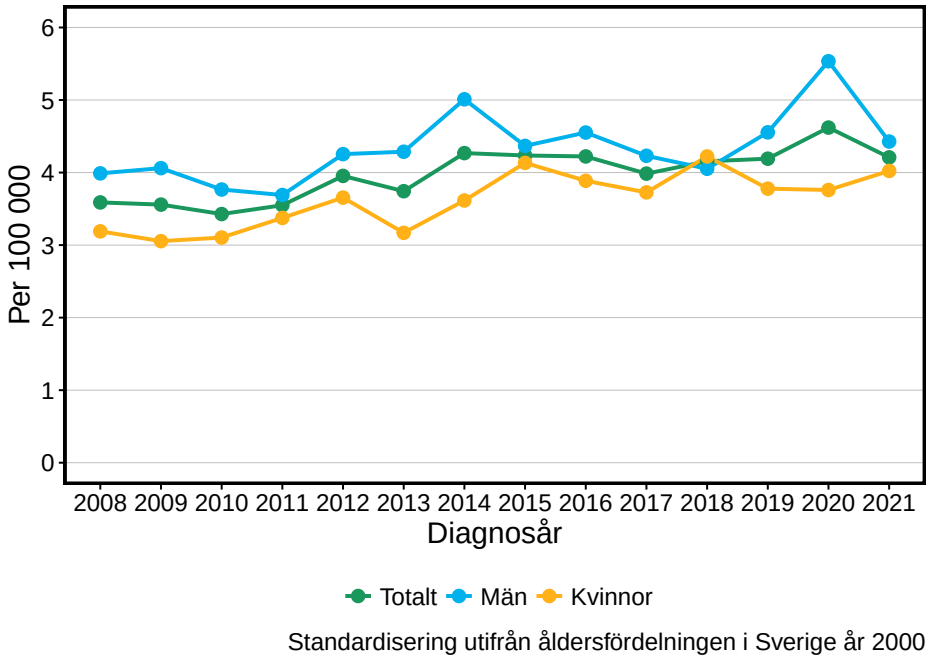
År 2008-2020 ökade den åldersstandardiserade incidensen av huvud- och halscancer med 20 %.Den åldersstandardiserade incidensen ökade under perioden med 2.0 fall per 100 000 invånare för kvinnor (från 8.2 till 10.2) och med 3.0 fall per 100 000 invånare för män (från 16.9 till 19,8) för all huvud- och halscancer (figur 5). Möjligtvis har incidensökning avtagit de sista åren eller så kan det bero på att det fortsatt saknas ett antal fall som ännu inte blivit registrerade.

Figur 5. Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021.



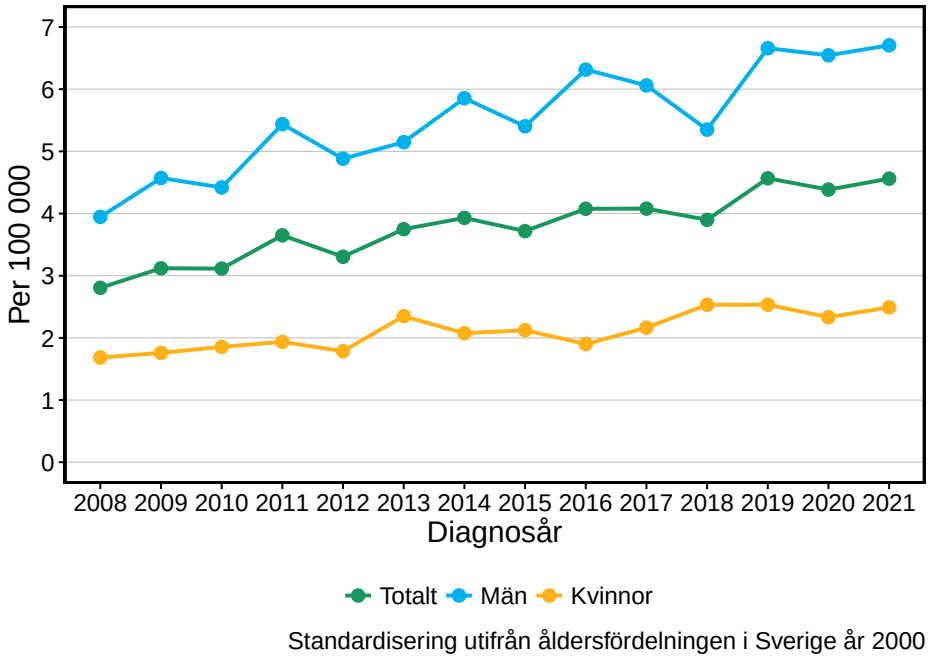
Incidensökningen varierar för de olika diagnosgrupperna. Här redovisar vi incidensökningen för de två största grupperna munhålecancer och orofarynxcancer. För munhålecancer är ökningen 1.0 fall per 100 000 invånare (2008-2020). (figur 6).

Figur 6. Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021.



Den åldersrelaterade incidensen 2008 till 2020 för orofarynxcancer för män har ökat med 2.6 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 7).

Figur 7. Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2021.

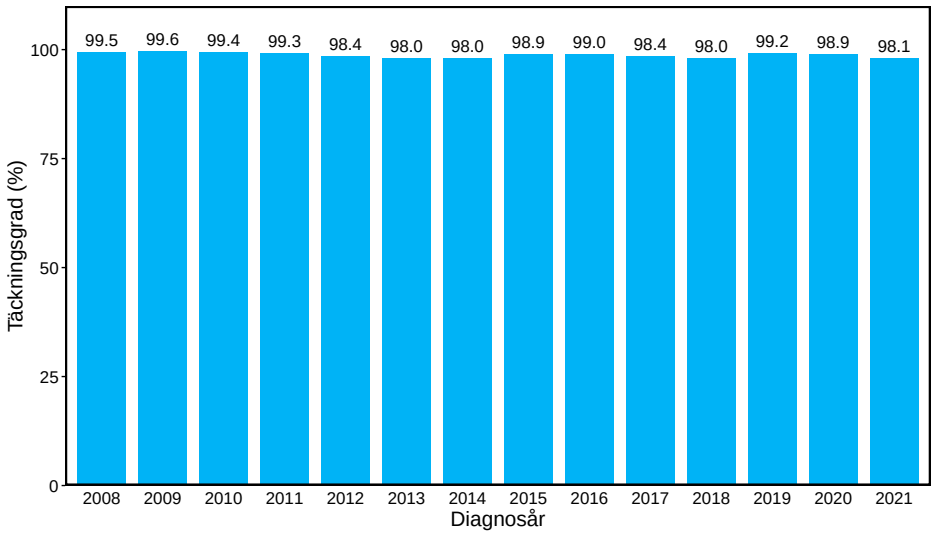


3 TÄCKNINGSGRAD MOT CANCERREGISTRET

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.

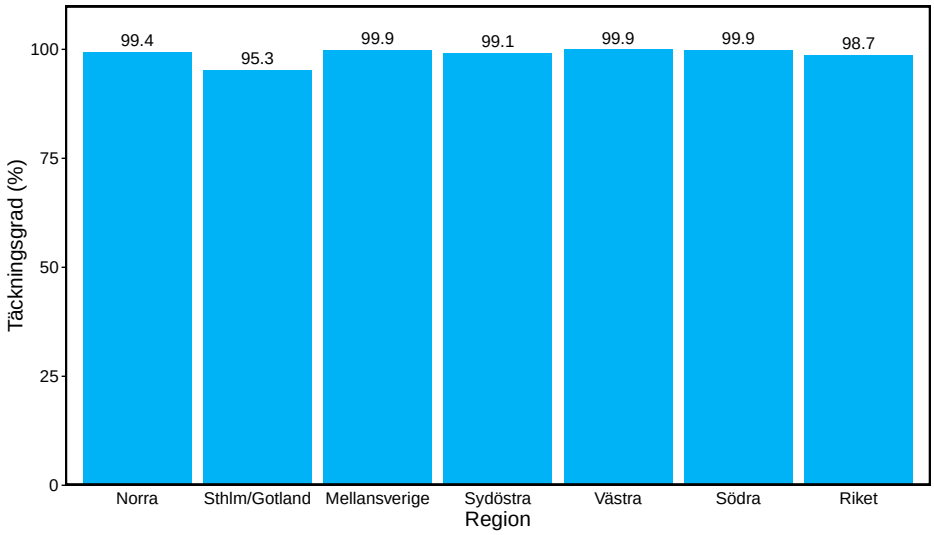
SweHNCR har varje år haft en täckningsgrad mot Cancerregistret på cirka 98 %. För 2021 föreligger det en liten eftersläpning av registreringarna och i augusti -22 var täckningsgraden 98.1 % (figur 8).

Figur 8. Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.



Täckningsgraden per region för perioden 2008-2021 visas i figur 9. Den lägre täckningsgraden för region Stockholm/Gotland beror på att läppcancer delvis handläggs i privat vård och alla vårdgivare medverkar inte till att lämna ut uppgifter till registret.

Figur 9. Täckningsgrad per region och hela riket för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.



Om man bortser från år 2021 är täckningsgraden mot cancerregistret mellan 98 och 100 % i alla regioner förutom i Stockholmsregionen (tabell 1). För 2020-2021 har endast 64 % av läppcancerfallen i Stockholmsregionen hittills blivit registrerade (tabell 2).

Tabell 1. Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per region och diagnosår för SweHNCR. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.

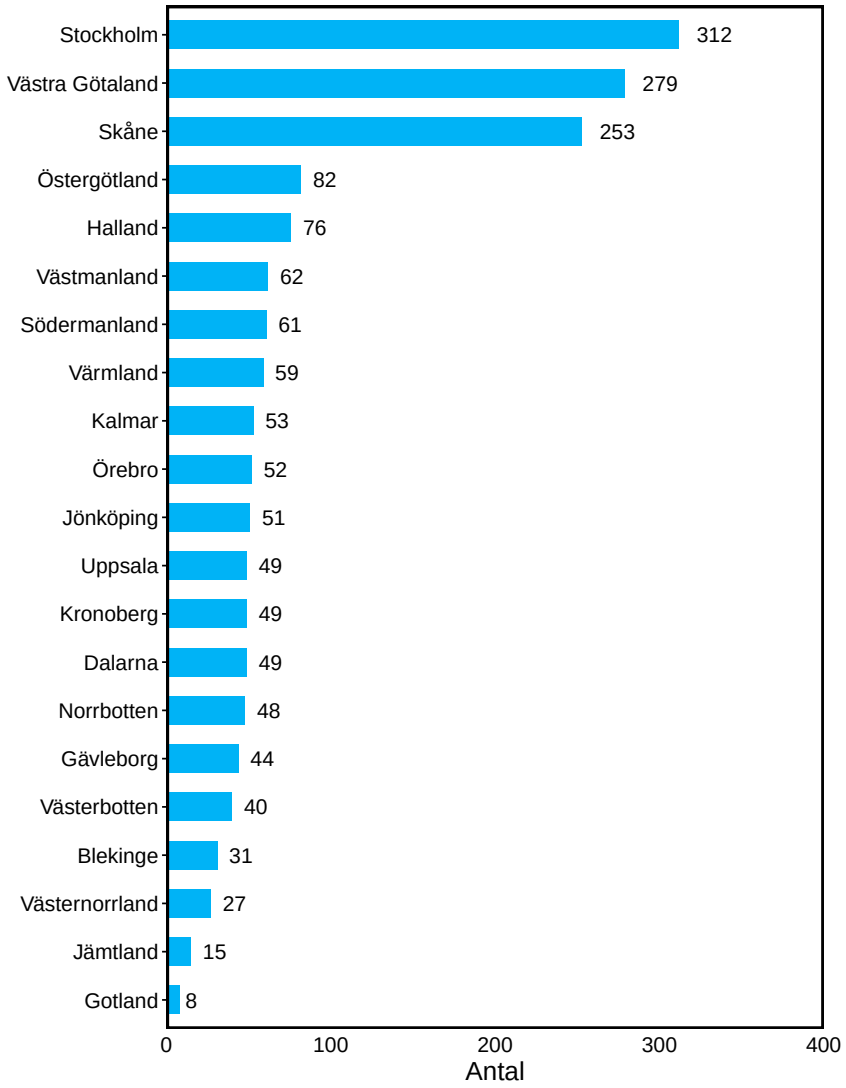
	Norra	Mellansverige	Sthlm/Gotland	Sydöstra	Västra	Södra	Riket
Diagnosår							
2008	106 av 106 (100.0)	223 av 223 (100.0)	269 av 274 (98.2)	123 av 123 (100.0)	237 av 237 (100.0)	237 av 238 (99.6)	1195 av 1201 (99.5)
2009	107 av 107 (100.0)	258 av 258 (100.0)	254 av 259 (98.1)	112 av 112 (100.0)	208 av 208 (100.0)	251 av 251 (100.0)	1190 av 1195 (99.6)
2010	111 av 111 (100.0)	223 av 223 (100.0)	278 av 284 (97.9)	122 av 123 (99.2)	239 av 239 (100.0)	261 av 261 (100.0)	1234 av 1241 (99.4)
2011	113 av 113 (100.0)	234 av 234 (100.0)	265 av 273 (97.1)	135 av 136 (99.3)	257 av 257 (100.0)	276 av 276 (100.0)	1280 av 1289 (99.3)
2012	111 av 111 (100.0)	273 av 273 (100.0)	286 av 307 (93.2)	122 av 122 (100.0)	272 av 272 (100.0)	248 av 248 (100.0)	1312 av 1333 (98.4)
2013	106 av 106 (100.0)	267 av 267 (100.0)	292 av 318 (91.8)	144 av 144 (100.0)	254 av 254 (100.0)	243 av 243 (100.0)	1306 av 1332 (98.0)
2014	139 av 139 (100.0)	303 av 303 (100.0)	303 av 330 (91.8)	153 av 154 (99.4)	287 av 287 (100.0)	267 av 268 (99.6)	1452 av 1481 (98.0)
2015	116 av 116 (100.0)	293 av 293 (100.0)	322 av 337 (95.5)	142 av 142 (100.0)	273 av 273 (100.0)	253 av 253 (100.0)	1399 av 1414 (98.9)
2016	132 av 132 (100.0)	326 av 327 (99.7)	301 av 315 (95.6)	156 av 157 (99.4)	323 av 323 (100.0)	290 av 290 (100.0)	1528 av 1544 (99.0)
2017	113 av 113 (100.0)	324 av 324 (100.0)	321 av 344 (93.3)	141 av 141 (100.0)	271 av 271 (100.0)	273 av 273 (100.0)	1443 av 1466 (98.4)
2018	142 av 142 (100.0)	316 av 317 (99.7)	313 av 340 (92.1)	174 av 176 (98.9)	274 av 274 (100.0)	260 av 260 (100.0)	1479 av 1509 (98.0)
2019	138 av 138 (100.0)	320 av 320 (100.0)	344 av 355 (96.9)	167 av 168 (99.4)	334 av 334 (100.0)	299 av 300 (99.7)	1602 av 1615 (99.2)
2020	128 av 128 (100.0)	353 av 354 (99.7)	331 av 341 (97.1)	172 av 177 (97.2)	293 av 293 (100.0)	349 av 351 (99.4)	1626 av 1644 (98.9)
2021	133 av 144 (92.4)	359 av 361 (99.4)	316 av 326 (96.9)	167 av 174 (96.0)	315 av 317 (99.4)	358 av 358 (100.0)	1648 av 1680 (98.1)
Totalt	1695 av 1706 (99.4)	4072 av 4077 (99.9)	4195 av 4403 (95.3)	2030 av 2049 (99.1)	3837 av 3839 (99.9)	3865 av 3870 (99.9)	19694 av 19944 (98.7)

Tabell 2. Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2020-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.

	Norra	Mellansverige	Sthlm/Gotland	Sydöstra	Västra	Södra	Riket
Diagnosgrupp							
Läppcancer	25 av 26 (96.2)	90 av 92 (97.8)	28 av 44 (63.6)	37 av 43 (86.0)	101 av 101 (100.0)	71 av 71 (100.0)	352 av 377 (93.4)
Munhåla	92 av 97 (94.8)	224 av 224 (100.0)	222 av 223 (99.6)	106 av 109 (97.2)	166 av 166 (100.0)	207 av 208 (99.5)	1017 av 1027 (99.0)
Orofarynx	84 av 86 (97.7)	211 av 212 (99.5)	215 av 215 (100.0)	107 av 107 (100.0)	179 av 181 (98.9)	212 av 212 (100.0)	1008 av 1013 (99.5)
Nasofarynx	8 av 9 (88.9)	15 av 15 (100.0)	9 av 10 (90.0)	6 av 6 (100.0)	11 av 11 (100.0)	17 av 17 (100.0)	66 av 68 (97.1)
Hypofarynx	7 av 7 (100.0)	22 av 22 (100.0)	27 av 27 (100.0)	14 av 14 (100.0)	14 av 14 (100.0)	25 av 25 (100.0)	109 av 109 (100.0)
Larynx	21 av 21 (100.0)	82 av 82 (100.0)	69 av 69 (100.0)	35 av 35 (100.0)	66 av 66 (100.0)	99 av 99 (100.0)	372 av 372 (100.0)
Näsa/bihåla	11 av 11 (100.0)	35 av 35 (100.0)	31 av 33 (93.9)	13 av 14 (92.9)	24 av 24 (100.0)	30 av 31 (96.8)	144 av 148 (97.3)
Spottkörtlar	12 av 14 (85.7)	32 av 32 (100.0)	46 av 46 (100.0)	20 av 22 (90.9)	47 av 47 (100.0)	45 av 45 (100.0)	202 av 206 (98.1)

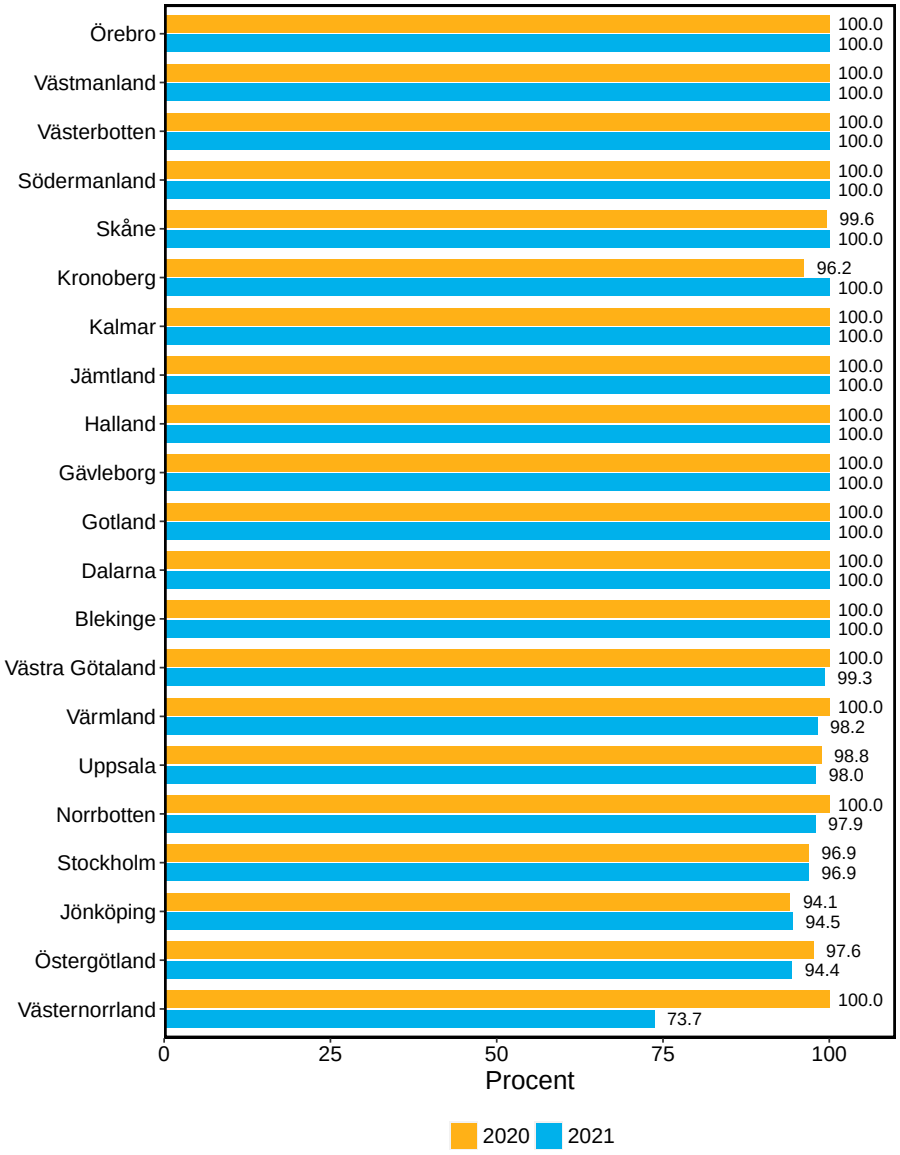
Diagnostik och utredning av huvud- och halscancer sker inom samtliga landsting på ÖNH-klinik. Antalet fall som utreds och där diagnosen huvud-halscancer fastställs är för de flesta kliniker mellan 30-60. Inom Region Skåne och Västra Götaland sker diagnostik och utredning på enheter av motsvarande storlek. I Stockholmsregionen sker större delen av utredningarna på Karolinska Universitetssjukhuset (figur 10).

Figur 10. Antal anmälda fall per län diagnosår 2021. Efter det län som patienten var folkbokförd i vid diagnos.



Inrapporteringen till registret har fortsatt hög kvalitet. Täckningsgraden är 100 % för 13 landsting år 2021 och 15 landsting för 2020. Ett landsting har en täckningsgrad lägre än 90 % för 2021 jämfört med inga landsting 2020 (figur 11). Registret förväntar sig att saknade fall registreras i efterhand i alla landsting.

Figur 11. Täckningsgrad per bostadslän vid diagnos för SweHNCR jämfört med Cancerregistret för diagnosår 2020-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.



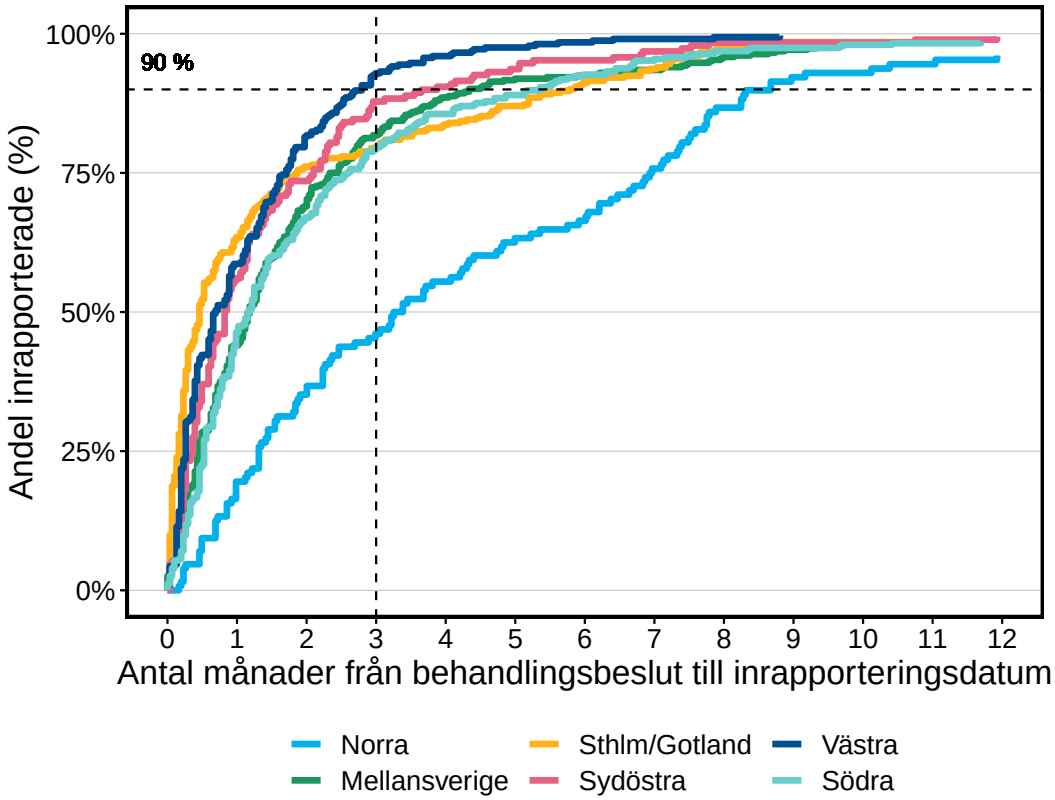
4 INRAPPORTERING AV ANMÄLAN

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.

2021 har en region en inrapporteringshastighet som uppnår målsättningen 90 % inom 3 månader (93 % Västra). De övriga regionerna klarade 88 %, 82 %, 80 %, 79 % och 46.1 % inom 3 månader (figur 12).

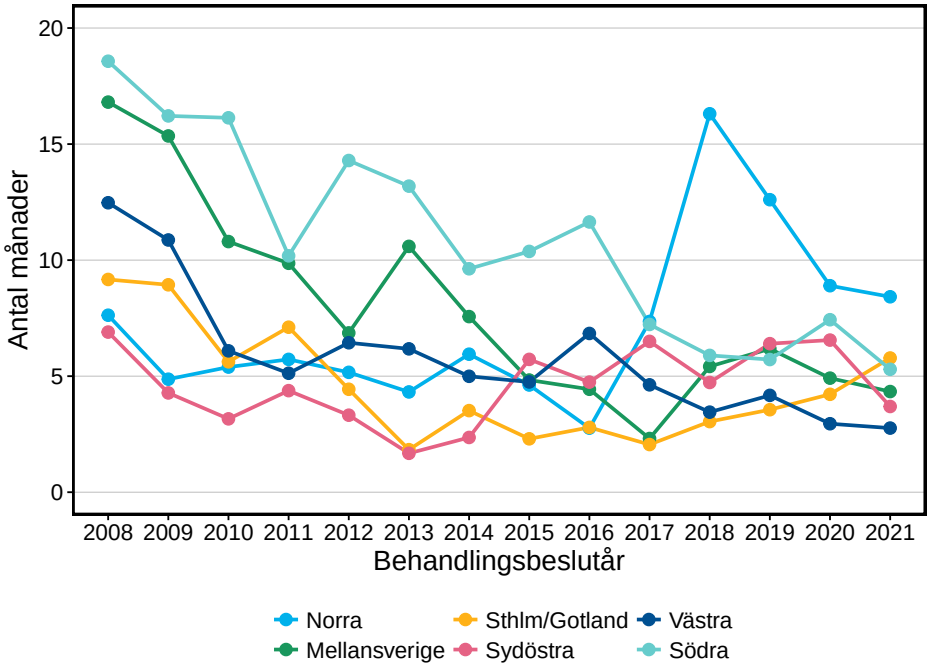
Inrapporteringsrutinerna bör förbättras generellt men framförallt i Norra Regionen, för att komma upp till vår målsättning att 90 % av anmälningarna skall vara registrerade inom 3 månader. Detta är särskilt viktigt då registret har infört utvärdering med enkäter avseende PREM och PROM. För att kunna skicka ut enkäterna i tid måste patienterna vara registrerade.

Figur 12. Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2021.



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 13).

Figur 13. Antal månader* tills 90% av anmälningarna har inrapporterats, behandlingsbeslutår 2008-2021.



*Tiden mäts från behandlingsbeslut tills anmälningsformuläret skickas in

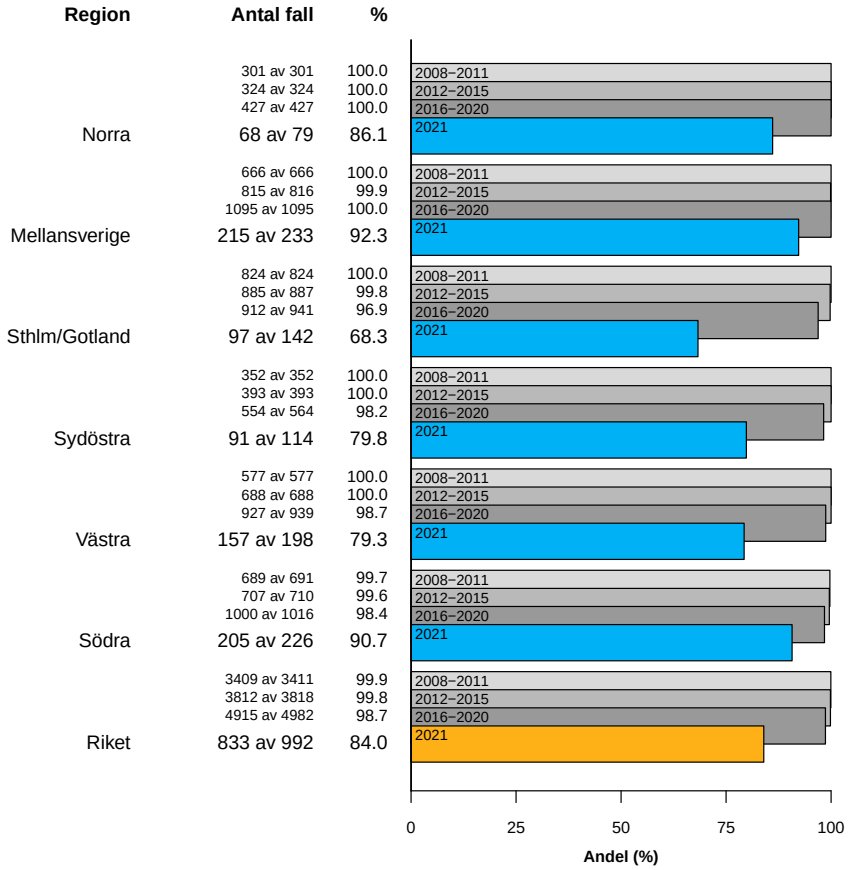
5 INRAPPORTERING AV BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING

5.1 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.

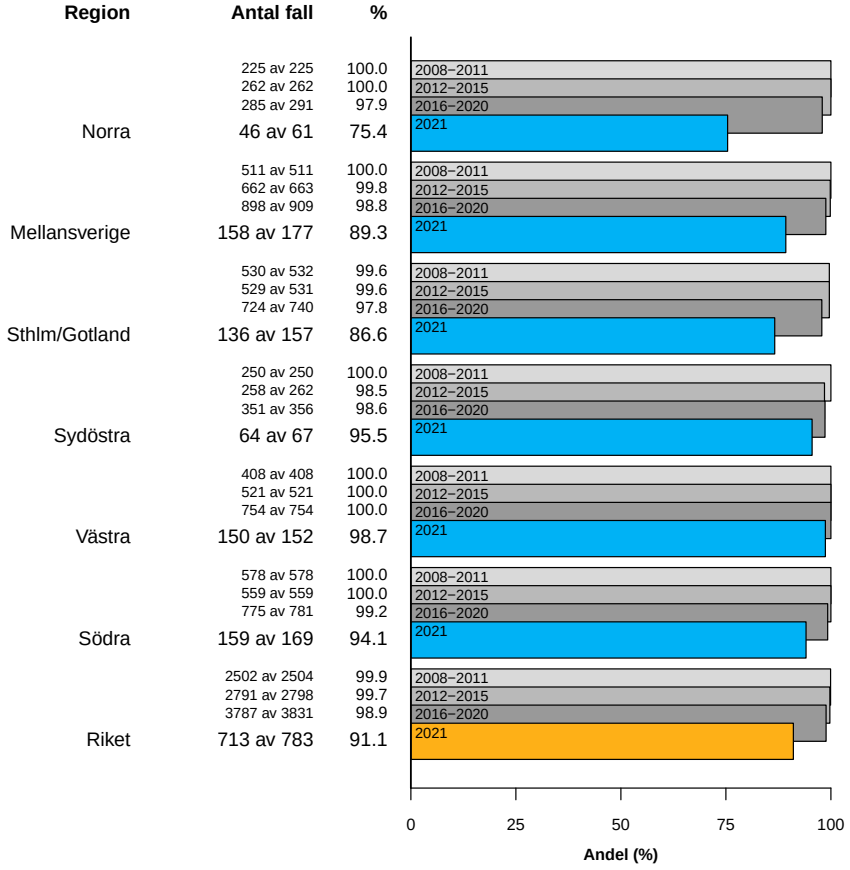
Vid planerad onkologisk behandling är täckningsgraden för år 2008-2020 över 95 % för alla regioner och totalt för riket mellan 98-100 %. För 2021 finns det en eftersläpning i flera regioner, mest uttalat i region Stockholm Gotland (figur 14).

Figur 14. Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna onkologiblanketter 2008-2021. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten.



För patienter med planerad kirurgisk behandling är täckningsgraden för genomförd kirurgi mot planerad kirurgi över tid (2008-2021) ca 98%, det sista året mellan 75-99 % (figur 15).

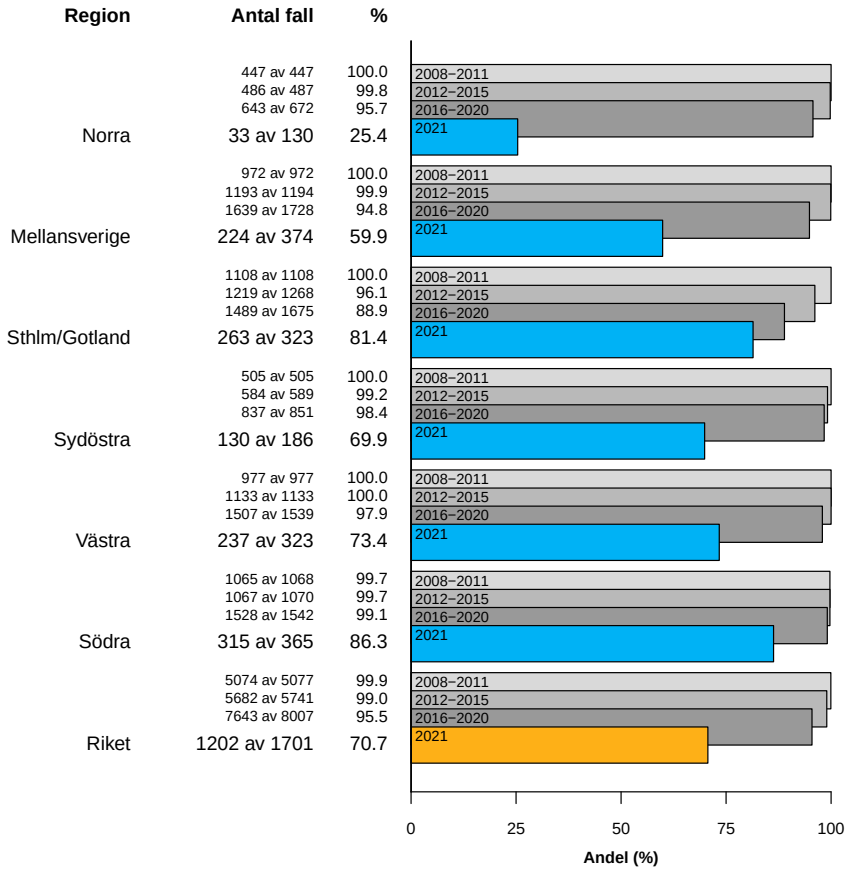
Figur 15. Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2021. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten.



5.2 Inrapportering av uppföljning

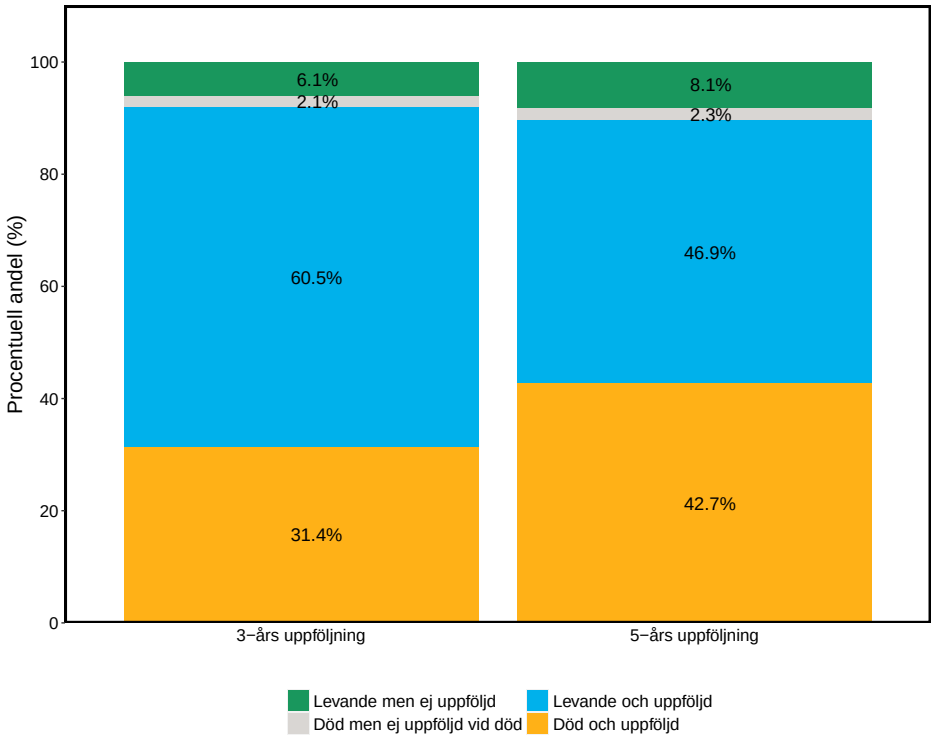
Uppföljningsblankett skall fyllas i vid kontrollbesök efter avslutad behandling. Figur 16 visar att det är en stor eftersläpning av inrapporterad uppföljning för 2021. För perioden 2008 till 2021 finns en tendens till försämrad inrapportering av uppföljning. Observera att figuren bara visar om någon uppföljning registrerats vilket inte innebär att patienterna inte kontrollerats enligt de riktlinjer som finns i det nationella vårdprogrammet. Inrapportering till registret avseende uppföljning efter avslutad behandling från uppföljande klinik behöver förbättras.

Figur 16. Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2021.



Ytterligare analys av uppföljning efter avslutad behandling visar att 92 % av patienterna har korrekt registrerad 3-årsuppföljning och 90 % korrekt 5-årsuppföljning (figur 17). Det görs regelbundna efterforskningar enligt ”årshjulet” av icke inrapporterade uppföljningar och dessutom sker komplettering av saknade uppgifter i samband med forskningsprojekt.

Figur 17. Figuren visar andelen döda och levande patienter diagnostiserade 2008-2018 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2016 med 5-års uppföljning. Patienter där kontroller avslutas i förtid är exkluderade. I cirka 10 % av fallen väljer vården att avsluta kontrollerna i förtid.



6 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 (figur 9, tabell 1 och 2).

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

Valida data om genomförd behandling kan vara svårt att få in då kombinerad behandling ofta ges och inrapportering då 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 också behandlingen modifieras under behandlingens gång.

Styrgruppen har 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.17. Vid 5-års uppföljning saknar 10 % av fallen en komplett registrerad uppföljning.

7 LEDTIDER OCH STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP (SVF)

Standardiserat vårdförlopp (SVF) för huvud- och halscancer infördes 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 2021” och i det ”Nationella vårdprogrammet 2019” angivet i median. 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. Det finns en öppen interaktiv onlinerapport med data från Nationellt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR), kapitel 10.

Sammanfattningsvis har ledtiderna successivt förbättrats sedan registret startade 2008, både då det gäller tiden för utredning samt väntan på behandling efter behandlingsbeslut. Vårdprogrammets målvärden är delvis uppnådda men arbetet med att identifiera flaskhalsar och resursbristområden i respektive region behöver fortsätta och i vissa regioner behöver ledtiderna förbättras.

Statistiken för år 2021 måste tolkas med viss försiktighet på grund av varierande täckningsgrad för kirurgi- och onkologiblanketterna.

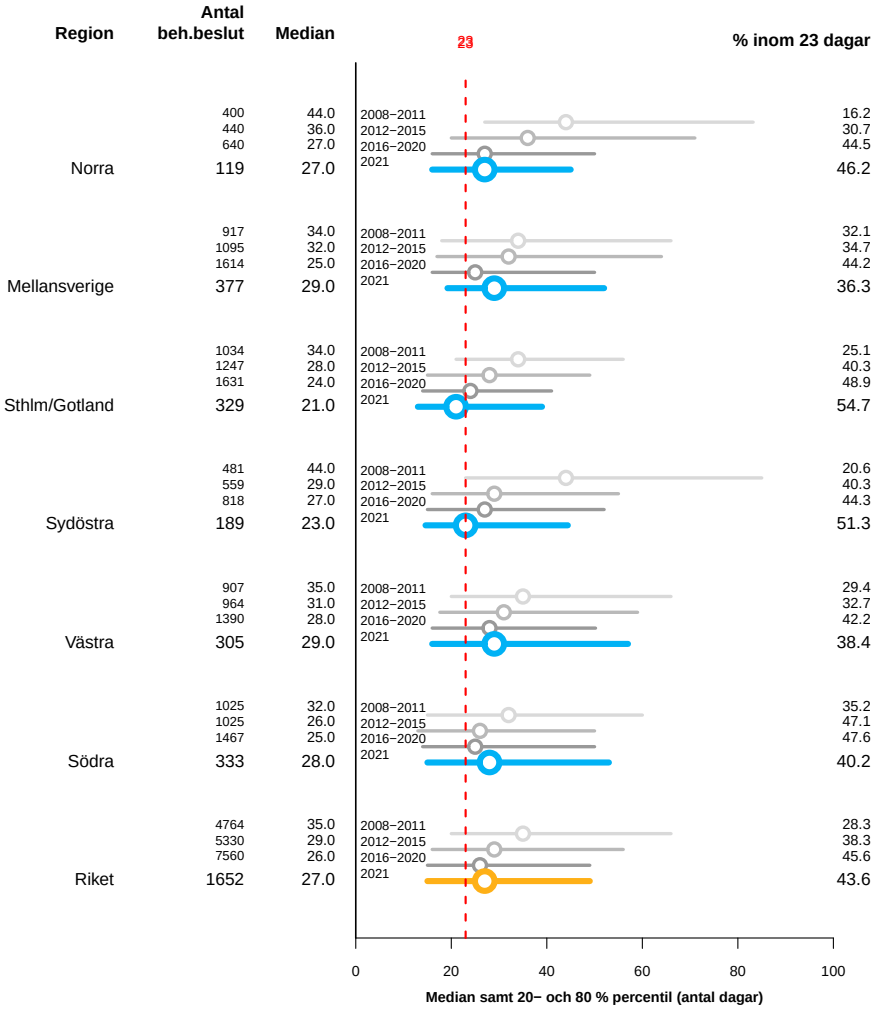
7.1 Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut

Medianen för ledtiden från remiss till behandlingsbeslut för hela riket har under perioden 2008-2011 jämfört med år 2021 förkortats med 8 dagar från 35 till 27. Skillnaden mellan regionerna är 8 dagar (29 till 21) för 2021.

Målvärde i median enligt det nationella vårdprogrammet är 23 dagar.

Den 80:e percentilen har förkortats i samtliga regioner. För hela riket gäller att ledtiden för 80:e percentilen har förbättrats från 66 dagar år 2008-2011 till 49 dagar år 2021 (figur 18).

Figur 18. Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2021.



7.2 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

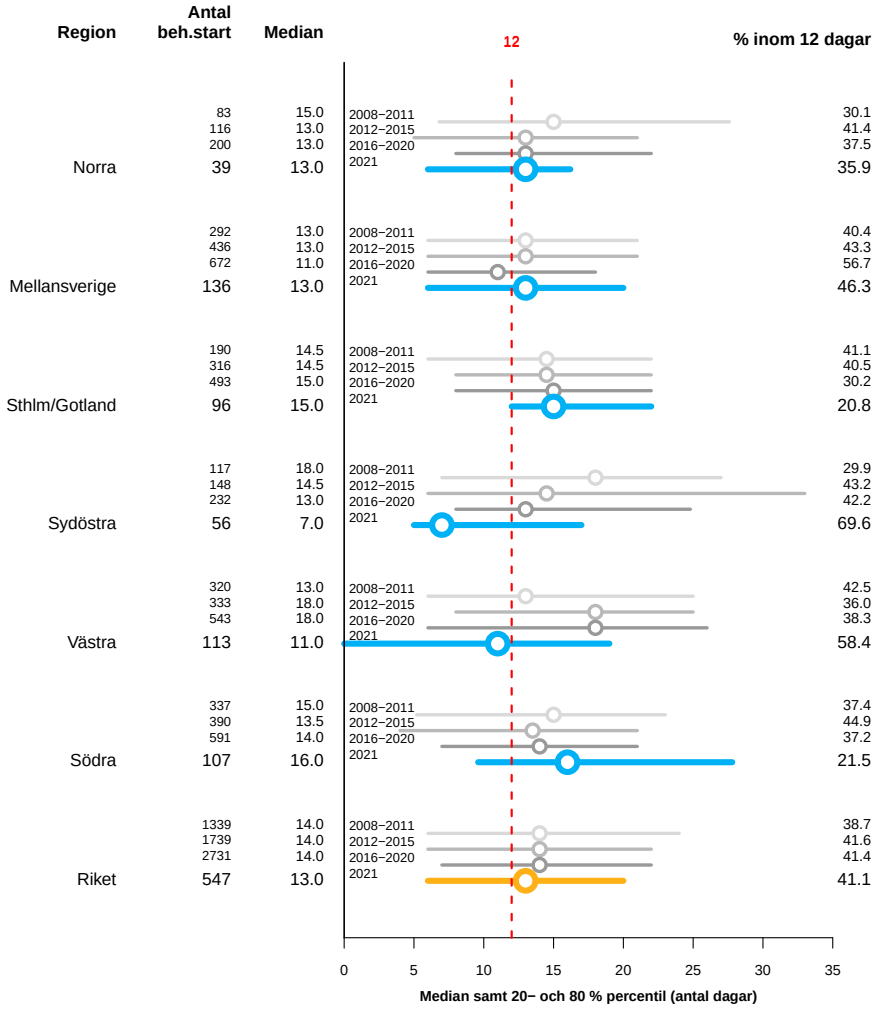
Behandling vid huvud- och halscancer utförs med kirurgi, strålbehandling, cytostatika eller kombinationer av dessa. Förberedelserna inför onkologisk behandling är mer tidskrävande än vid kirurgi och därför skiljer sig de rekommenderade ledtiderna åt beroende på vilken behandling som är den först givna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

I vårdprogrammet är målvärdet avseende medianen från behandlingsbeslut till start av behandling 12 dagar då kirurgi är första behandling och 20 dagar då strålbehandling är första behandling. Samma målvärden gäller för SVF, men då avser det 80:e percentilen.

7.3 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när kirurgi är första behandling

Ledtiden för 2021 från behandlingsbeslut till start av kirurgi som första behandling varierar mellan regionerna och skillnaden är 9 dagar (7-16) för medianen. Endast Sydöstra regionen och region Mellansverige uppnådde den rekommenderade ledtiden på 12 dagar. Riksgenomsnittet, 2021, ligger 1 dag över målvärdet för vårdprogrammet, men enbart 41 % opereras inom SVF-målvärdet 12 dagar (figur 19).

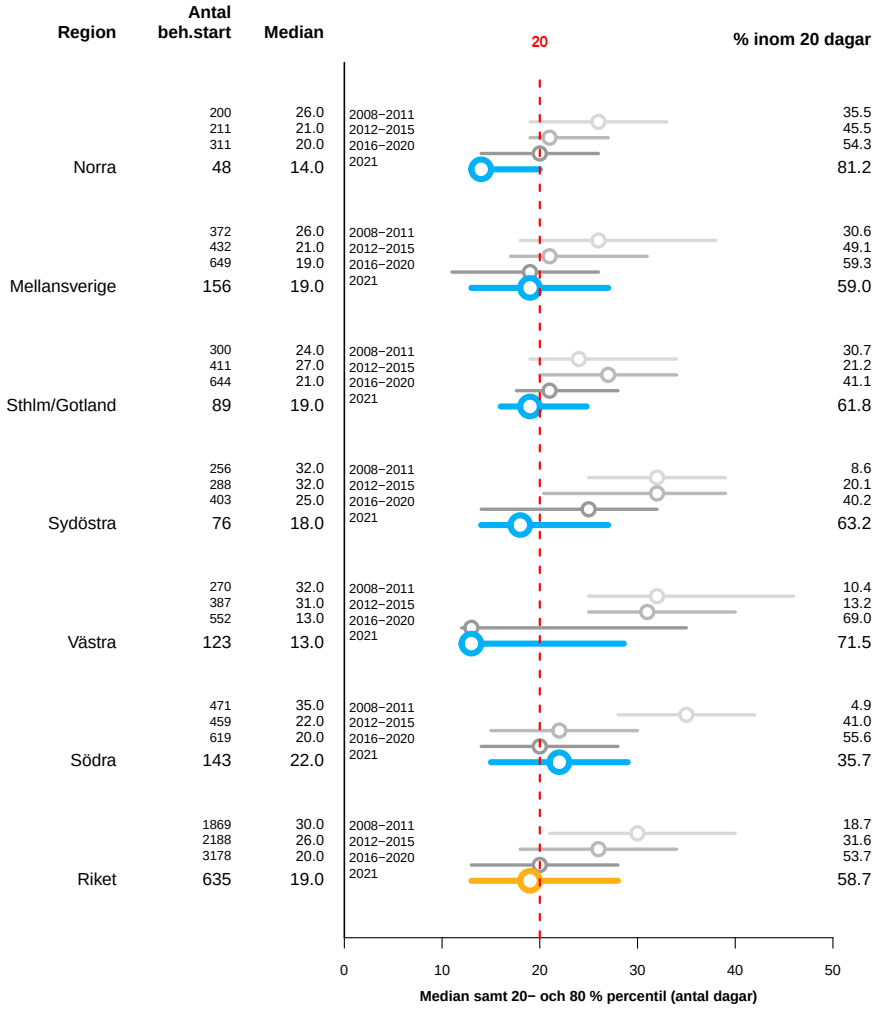
Figur 19. Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021.



7.4 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när strålbehandling är första behandling

Ledtiderna från behandlingsbeslut till start av strålbehandling 2021 visade skillnader mellan regionerna med 9 dagar (13-22) för medianen. Ledtiderna har förbättrats påtagligt i alla regioner och ligger nu i genomsnitt i landet på 19 dagar för år 2021 dvs under vårdprogrammets målvärde på 20 dagar, och 59 % strålbehandlas inom SVF-målvärdet 20 dagar. I västra regionen är nu medianen för ledtiden 13 dagar och i norra regionen 14 dagar (figur 20).

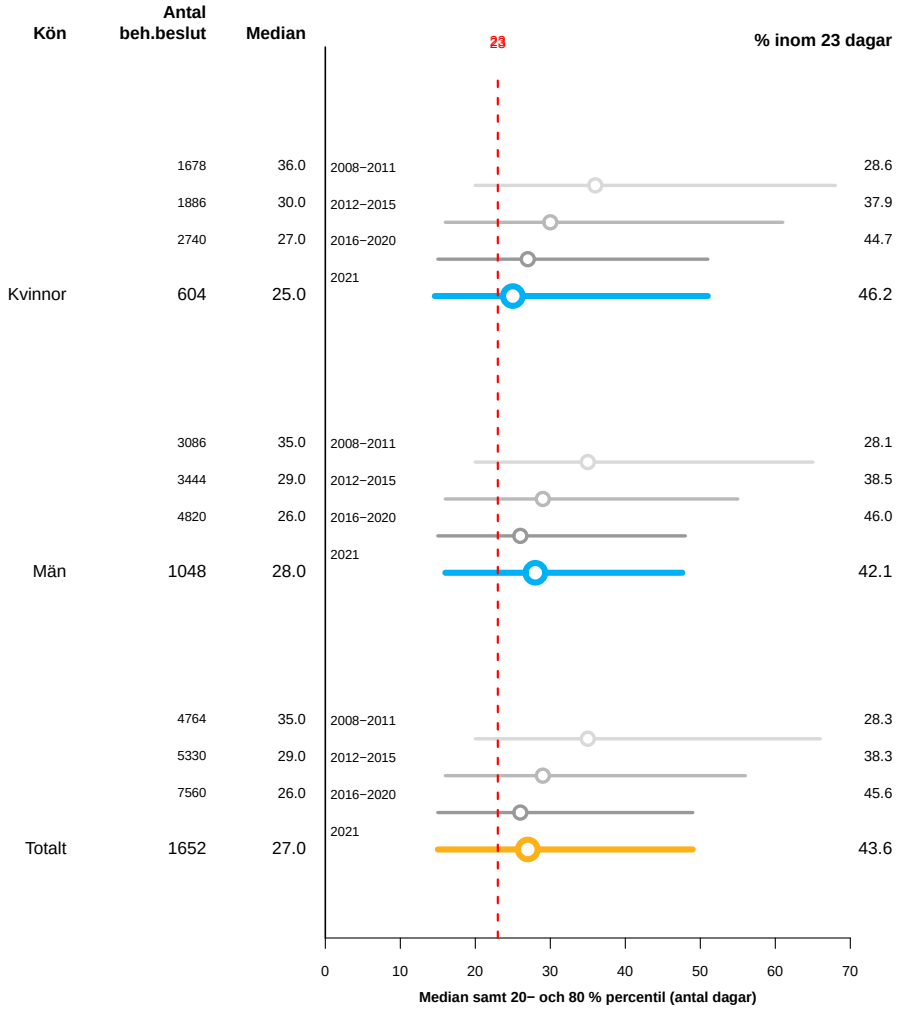
Figur 20. Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021.



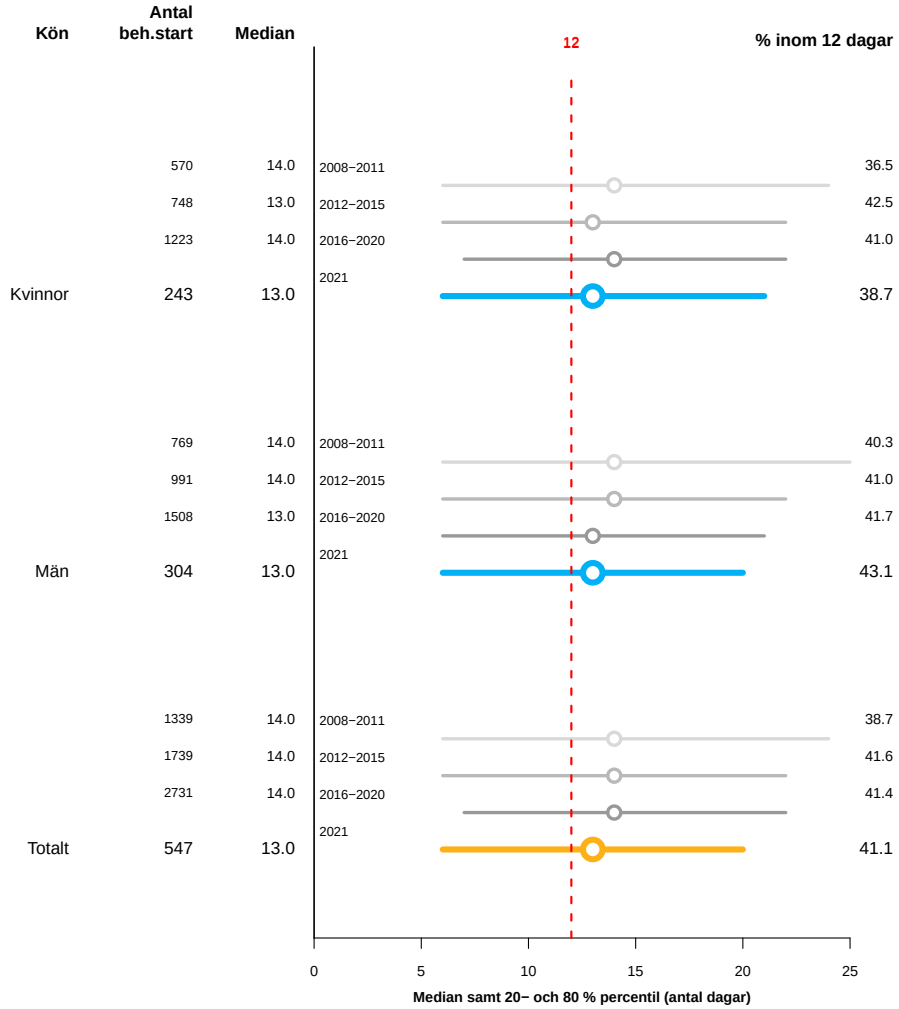
7.5 Skillnader i ledtider mellan könen

Det är totalt fler män än kvinnor som drabbas av huvud-halscancer. Vid beräkning av ledtider, fördelat på kön finns det inga signifikanta skillnader i någon av de visade tidsperioderna från 2008-2021 vare sig gällande ledtiden från remissankomst till behandlingsbeslut (figur 21) eller ledtiden från behandlingsbeslut till start av kirurgisk eller onkologisk behandling (figur 22 och figur 23).

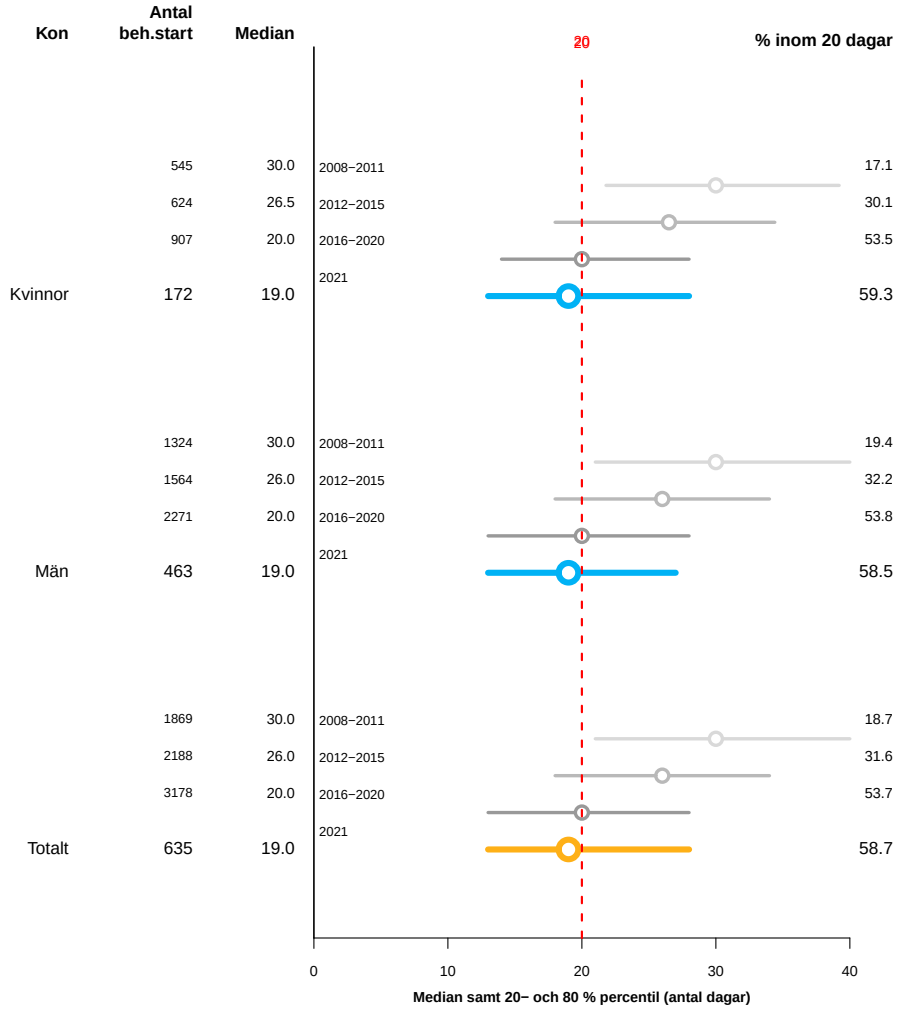
Figur 21. Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2021, uppdelat på kön.



Figur 22. Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021, uppdelat på kön.



Figur 23. Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är strålbehandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2021, uppdelat på kön.



8 PREM OCH PROM

8.1 PREM

PREM (Patient Reported Experience Measures) introducerades som en del i registret från och med januari 2018.

Enkätsvaren för 2020 har analyserats och resultaten finns publicerade på https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/. Overlag är de flesta nöjda med vården men det finns områden med behov av förbättringsarbeten.

8.1.1 PREM 2018-2020

Under tre år, 2018-2020, tillfrågades alla patienter med nyupptäckt HH-cancer om att besvara en PREM enkät. Enkäten skickades ut 4-6 månader efter diagnos och bestod av frågor gällande upplevd erfarenhet av erhållen vård, bemötande och information. Man kunde besvara enkäten både i pappersformat och via länk. Enkäter skickades ut till 3525 patienter vilket motsvara ca 75 % av de nyupptäckta huvud-halscancer fallen under de tre åren. Bortfallet beror på att inte alla hade anmält sina fall till registret inom sex månader.

Sammanlagt deltog 2346 av de 3526 patienterna som erhöll enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 66.6 %. Utifrån de frågor som patienterna besvarat gällande sig själva och sin tumörsjukdom bedöms deltagarna som representativa för huvud-halscancer gruppen.

Inom de flesta områden, var över 80 % patienterna nöjda eller mycket nöjda med vården, några av frågorna redovisas nedan.

Tabell 3. Hur upplever du att informationen inför/under din behandling har varit?

Svar 2018-2020	Antal (%)
Mycket bra	1455 (62.0)
Ganska bra	712 (30.3)
Ganska dåligt	81 (3.5)
Mycket dåligt	20 (0.9)
Ej aktuellt	17 (0.7)
Fråga ej besvarad	61 (2.6)
Totalt	2346 (100.0)

Tabell 4. Hur upplever du som helhet vårdpersonalens bemötande?

Svar 2018-2020	Antal (%)
Mycket bra	1930 (82.3)
Ganska bra	321 (13.7)
Ganska dåligt	19 (0.8)
Mycket dåligt	9 (0.4)
Fråga ej besvarad	67 (2.9)
Totalt	2346 (100.0)

Tabell 5. Vilket förtroende har du för cancersjukvården?

Svar 2018-2020	Antal (%)
Mycket stort	1653 (70.5)
Ganska stort	577 (24.6)
Ganska litet	29 (1.2)
Mycket lite	11 (0.5)
Fråga ej besvarad	76 (3.2)
Totalt	2346 (100.0)

Det fanns också områden med förbättringspotential och här kan nämnas:

Tabell 6. Har du fått en skriftlig vård- eller behandlingsplan?

Svar 2018-2020	Antal (%)
Ja	1381 (58.9)
Nej	700 (29.8)
Vet ej	200 (8.5)
Fråga ej besvarad	65 (2.8)
Totalt	2346 (100.0)

Tabell 7. Har du fått information om möjlighet att begära en förnyad medicinsk bedömning (en så kallad second opinion)?

Svar 2018-2020	Antal (%)
Ja	246 (10.5)
Nej	1663 (70.9)
Vet ej	351 (15.0)
Fråga ej besvarad	86 (3.7)
Totalt	2346 (100.0)

Resultaten har diskuterats i den nationella styrgruppen och nu också analyserats per region. Vår förhoppning är att de regionala resultaten framöver diskuteras lokalt med syftet att starta loko-regionala förbättringsarbeten inom de områden där man ser de största behoven.

8.2 PROM

I registret pågår PROM (Patient Reported Outcome Measures) undersökningar. Tidigare har livskvaliteten undersökts vid oropharynxcancer, den snabbast växande gruppen av huvud-halscancer. Undersökningen skedde vid ett tillfälle, cirka ett år efter det patienten avslutat sin tumörbehandling. Resultaten är publicerade i tre artiklar.

Sedan 2020 utvärderas livskvaliteten vid cancer i munhåla, den största patientgruppen. Undersökningen sker med väletablerade livskvalitetfrågeformulär, vid tre tillfällen under ett år. Pga. Covid har få patienter tillfrågats om att delta då resurser delvis har saknats för arbetsuppgiften men undersökningen fortsätter och vår förhoppning är att fler patienter kan delta under 2022.

9 PRESENTATION AV REGISTRET PÅ ENGELSKA

Under 2020 publicerades en kortfattad version av registret publicerats på hemsidan. Syftet är att göra registret mer känt samt kunna referera till det i internationella sammanhang. Rapporten finns

på följande länk
https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/.

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.

I figur 25 visas ett exempel på ”Koll på läget” för år 2021. Alla åtgärder som är avslutade under 2021 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 2021. Därefter redovisas resultaten för indikatorerna. Längst ner visas definition för varje indikator (figur 24). 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 24. 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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för första besök.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är provtagningsdatum för cytologi/px.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är provsvarsdatum för cytologi/PAD.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsstart.

5. Andel patienter där antalet (vecko)dagar från remissankomst (enligt blankett 1) till behandlingsbeslut (enligt blankett 1) uppgår till maximalt 25 dagar (negativa ledtider, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsbeslut.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsstart.

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 medicinsk tumörbehandling ges som första eller enda behandling; negativa ledtider, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsstart.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsstart.

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, ledtider längre än ett år och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsstart.

10. Andel patienter för vilka behandlingsbeslut tagits vid multidiciplinär konferens (enligt blankett 1). (Patienter med läppcancer och patienter ej handlagda på ÖNH-klinik är exkluderade). Perioden är datum för behandlingsbeslut.

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

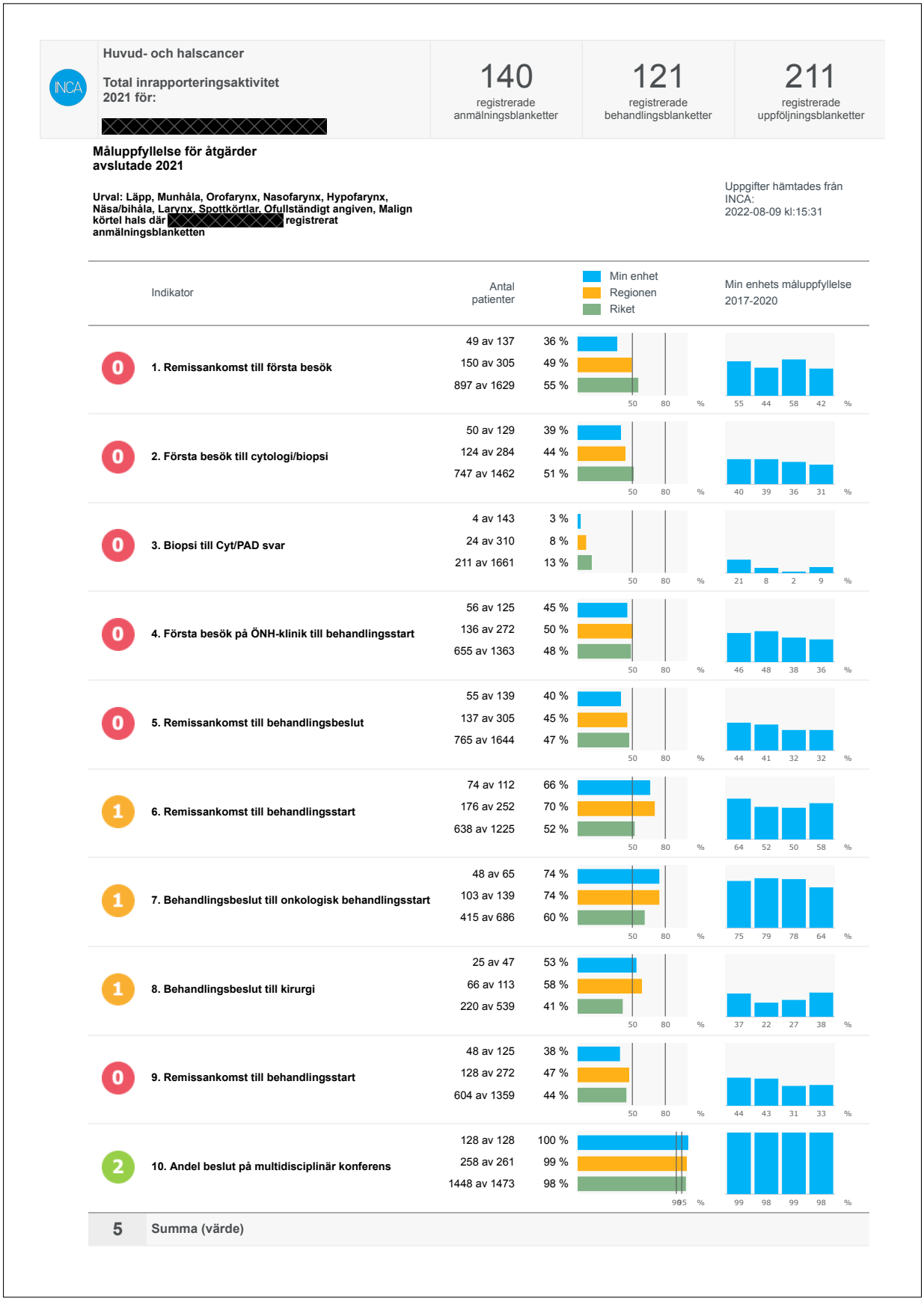
Andel patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåtts. Vertikala strecken visar nedre och övre gränsnivå

Min enhets måluppfyllelse

Enhetens historiska måluppfyllelse de föregående fyra åren

Vill du veta mer? Gå till https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/kvalitetsregisterstatistik/ där individbaserad statistik redovisas.

Figur 25. ”Koll på läget” för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2021.



INCA

Huvud- och halscancer

Total inrapporteringsaktivitet 2021 för:

[redacted]

140	121	211
registrerade anmälningsblanketter	registrerade behandlingsblanketter	registrerade uppföljningsblanketter

Måluppfyllelse för åtgärder avslutade 2021

Urval: Läpp, Munhåla, Orofarynx, Nasofarynx, Hypofarynx, Näsa/bihåla, Larynx, Spottkörtlar, Ofullständigt angiven, Malign körtel hals där [redacted] registrerat anmälningsblanketten

Uppgifter hämtades från INCA: 2022-08-09 kl:15:31

Min enhet
Regionen
Riket

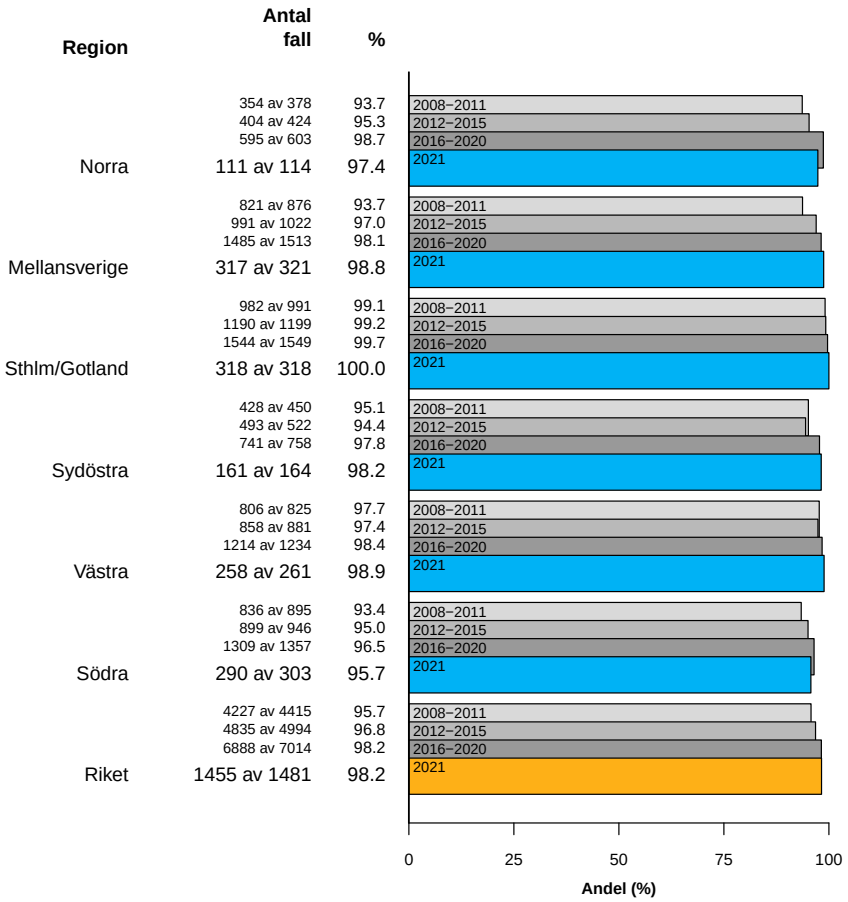
	Indikator	Antal patienter		Min enhets måluppfyllelse 2017-2020
0	**1. Remissankomst till första besök**	49 av 137 150 av 305 897 av 1629	36 % 49 % 55 %	55 44 58 42 %
0	**2. Första besök till cytologi/biopsi**	50 av 129 124 av 284 747 av 1462	39 % 44 % 51 %	40 39 36 31 %
0	**3. Biopsi till Cyt/PAD svar**	4 av 143 24 av 310 211 av 1661	3 % 8 % 13 %	21 8 2 9 %
0	**4. Första besök på ÖNH-klinik till behandlingsstart**	56 av 125 136 av 272 655 av 1363	45 % 50 % 48 %	46 48 38 36 %
0	**5. Remissankomst till behandlingsbeslut**	55 av 139 137 av 305 765 av 1644	40 % 45 % 47 %	44 41 32 32 %
1	**6. Remissankomst till behandlingsstart**	74 av 112 176 av 252 638 av 1225	66 % 70 % 52 %	64 52 50 58 %
1	**7. Behandlingsbeslut till onkologisk behandlingsstart**	48 av 65 103 av 139 415 av 686	74 % 74 % 60 %	75 79 78 64 %
1	**8. Behandlingsbeslut till kirurgi**	25 av 47 66 av 113 220 av 539	53 % 58 % 41 %	37 22 27 38 %
0	**9. Remissankomst till behandlingsstart**	48 av 125 128 av 272 604 av 1359	38 % 47 % 44 %	44 43 31 33 %
2	**10. Andel beslut på multidisciplinär konferens**	128 av 128 258 av 261 1448 av 1473	100 % 99 % 98 %	99 98 99 98 %
5	**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 lokal kirurgi i enlighet med det nationella vårdprogrammet och är därför exkluderad ur nedanstående redovisning.

Från 2008-2020 diskuterades 96-98 % av alla nyupptäckta huvud-halscancerfall på MDK och för år 2021 98 %. Det föreligger en mycket liten skillnad mellan regionerna i andelen patienter som fick sin behandlingsrekommendation på MDK under 2021 (figur 26).

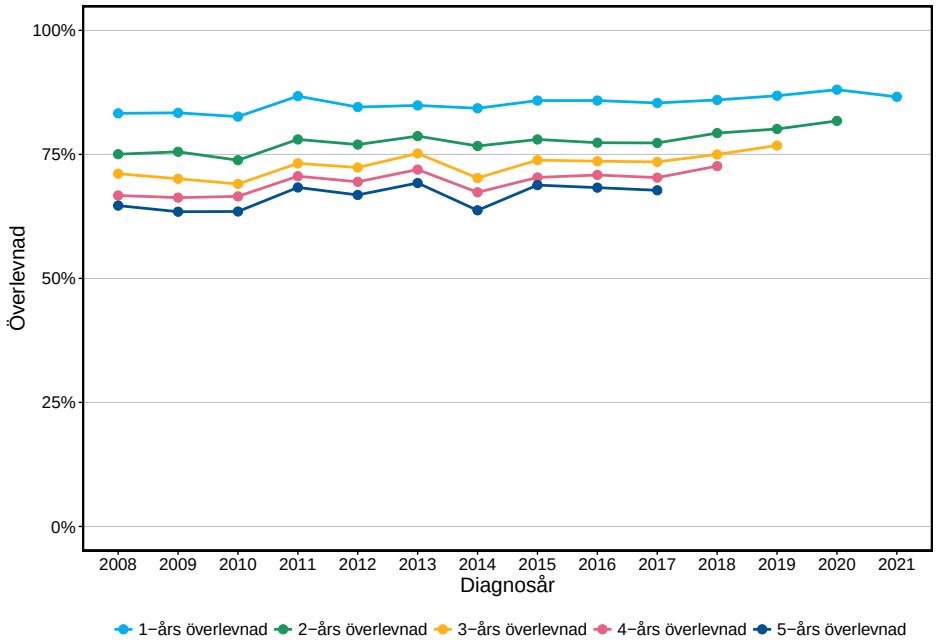
Figur 26. Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2021, diagnosgrupp läppcancer är exkluderad.



13 ÖVERLEVNAD

Den relativa 5-årsöverlevnaden för all huvud- och halscancer för hela tidsperioden 2008-2021 var 68 % (95 % KI: 67 %-69 %). Den observerade 5-årsöverlevnaden var 60 % (95 % KI: 59 %-60 %). I figur 27 visas årsvis relativ överlevnad per diagnosår. Det finns en tendens till ökad överlevnad för senare diagnosår. Den årsvisa relativa 5-årsöverlevnaden har ökat från 65 % år 2008 till 68 % år 2017.

Figur 27. Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.



För startår och slutår i figur 27 är de årsvisa relativa överlevnadssiffrorna:

1 år: 83.3 % (81.0-85.6) år 2008 till 86.6 % (84.7-88.5) år 2021

2 år: 75.0 % (72.4-77.8) år 2008 till 81.7 % (79.6-84.0) år 2020

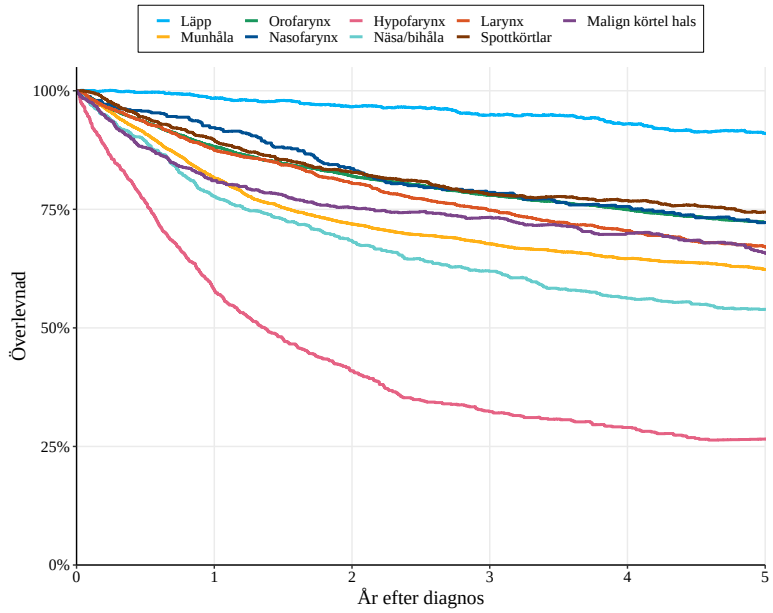
3 år: 71.1 % (68.3-74.1) år 2008 till 76.8 % (74.4-79.3) år 2019

4 år: 66.7 % (63.7-69.9) år 2008 till 72.6 % (70.0-75.4) år 2018

5 år: 64.7 % (61.5-68.0) år 2008 till 67.8 % (65.0-70.7) år 2017

Relativ överlevnad per diagnosgrupp redovisas i figur 28. Läppcancer och spottkörtelcancer har bäst relativ 5-årsöverlevnad (91 % resp 74 %). Munhålecancer och näs- och bihålecancer har 62 % resp 54 %. Överlevnaden för orofarynxcancer och för cancer i nasofarynx är 72 %, larynxcancer 67 % samt vid malign körtel på halsen 66 %. Överlevnaden för hypofarynxcancer är lägst, 27 %. (tabell 8).

Figur 28. Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. Totalt ingår 19698 patienter i överlevnadsanalysen.



Läpp	1868	1689	1416	1215	1022	862
Munhåla	5462	4216	3274	2732	2284	1916
Orofarynx	5507	4627	3824	3235	2683	2267
Nasofarynx	457	410	340	284	248	208
Hypofarynx	815	450	285	203	159	123
Näsa/bihåla	929	688	523	413	335	276
Larynx	2447	2010	1674	1378	1162	967
Spottkörtlar	1473	1265	1060	881	762	656
Malign körtel hals	738	565	474	411	338	283

Antal i risk

Tabell 8. Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021.

	Relativ 5-års överlevnad % (95 % KI)
Diagnosgrupp	
Läpp	91 (88 - 94)
Munhåla	62 (61 - 64)
Orofarynx	72 (71 - 74)
Nasofarynx	72 (68 - 77)
Hypofarynx	27 (23 - 30)
Näsa/bihåla	54 (50 - 58)
Larynx	67 (65 - 70)
Spottkörtlar	74 (72 - 77)
Malign körtel hals	66 (62 - 70)

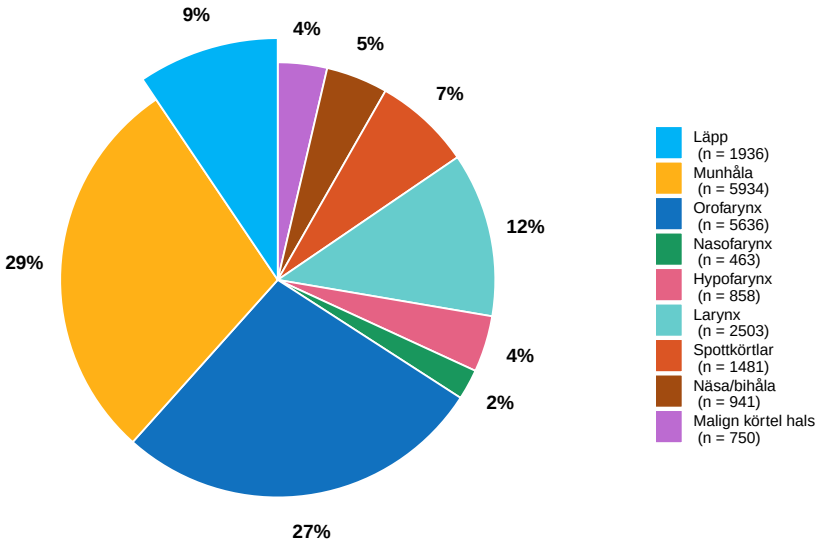
14 LÄPPCANCER

Huvudansvarig för innehållet i detta avsnitt om läppcancer är Martin Beran och Anders Högmo i samarbete med SweHNCR´s ledningsgrupp.

Läppcancer, uppkommen inom det läppröda (vermilion), är den fjärde vanligaste cancerformen inom huvud- och halsområdet och utgör i SweHNCR 9.4 % av all huvud- och halscancer i Sverige. Totalt har 1936 patientfall med läppcancer registrerats under perioden 2008-2021 (figur 29).

Incidensen läppcancer är högre för män än för kvinnor (män 57%, kvinnor 43 %). Medianålder vid diagnos är 76 år vilket är cirka 9 år högre medianålder än för de övriga huvud-halscancer diagnosgrupperna.

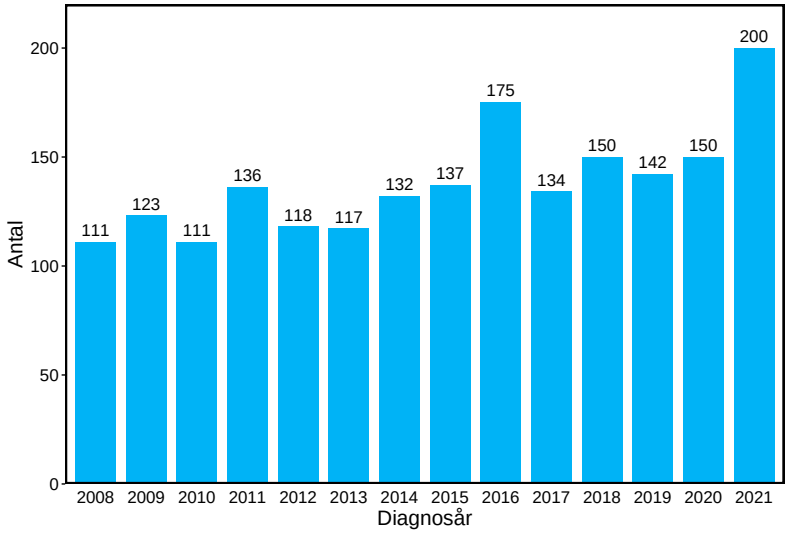
Figur 29. Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2021. n = 20526



14.1 Antal fall och täckningsgrader

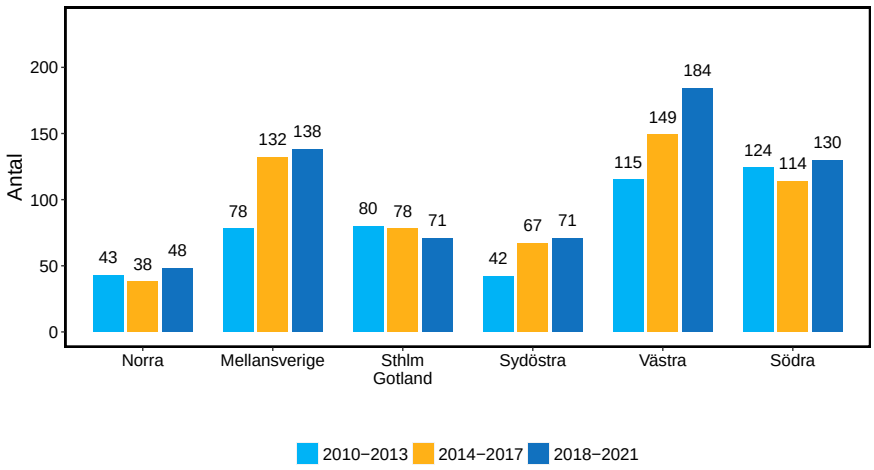
Incidensen av läppcancer i Sverige som registrerats i SweHNCR visas i figur 30. Under perioden 2008-2014 registrerades 121 nya läppcancerfall i genomsnitt per år och under perioden 2015-2021 var genomsnittet 155 vilket motsvarar en ökning med 22 %.

Figur 30. Antal nya fall av läppcancer i SweHNCR, diagnosår 2008-2021.



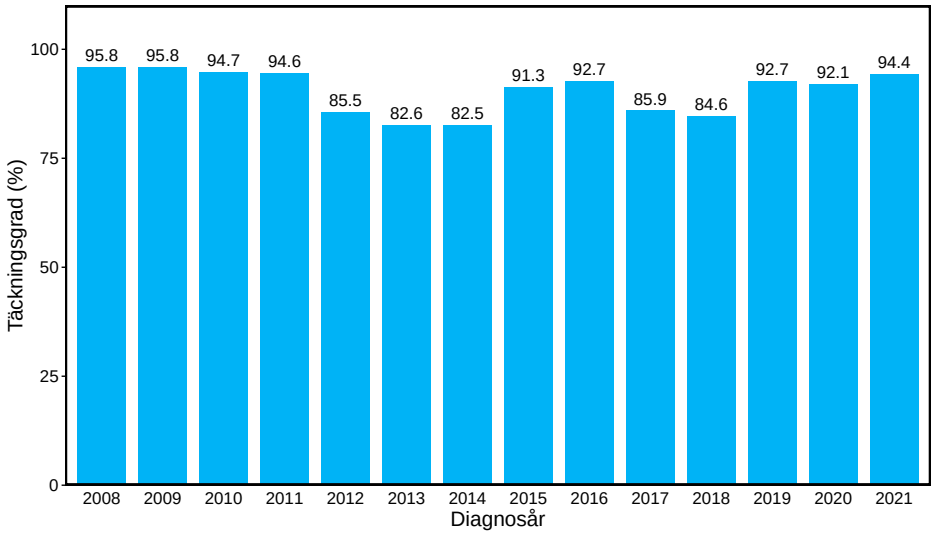
Förändring av incidensen per region över tid visas i figur 31. Ökningen är mest uttalad i Västra regionen medan den är oförändrad i Norra och Södra regionen. Region Stockholm/Gotland är svår att värdera på grund av låg täckningsgrad (se figur 33 nedan).

Figur 31. Antal nya fall av läppcancer i SweHNCR per region, diagnosår 2010-2021.



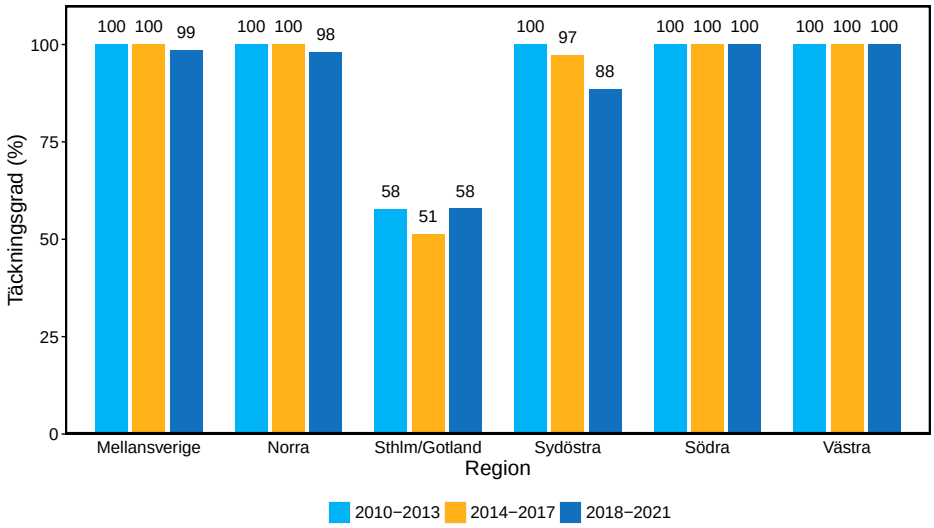
Täckningsgraden för läppcancer i registret gentemot cancerregistret är cirka 90 %. I genomsnitt är det 15 fall per år som inte blivit registrerade i SweHNCR jämfört med cancerregistret (figur 32). Täckningsgraden för huvud- och halscancer registret i sin helhet är >98 %.

Figur 32. Täckningsgrad för läppcancer för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.



Täckningsgraden per region, uppdelat på tre tidsperioder, visas i figur 33. I Region Stockholm/Gotland har endast drygt 50 % av fallen anmälts till registret. Eftersökning av saknade fall sker regelmässigt men det har varit svårt att få in data till registret då en stor del av läppcancer fallen i Stockholm utreds och opereras av privata specialister och andra vårdgivare utanför ÖNH-specialiteten.

Figur 33. Täckningsgrad för läppcancer per region för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2010-2021. Täckningsgraderna levererades 2022-08-15 - 2022-08-17.

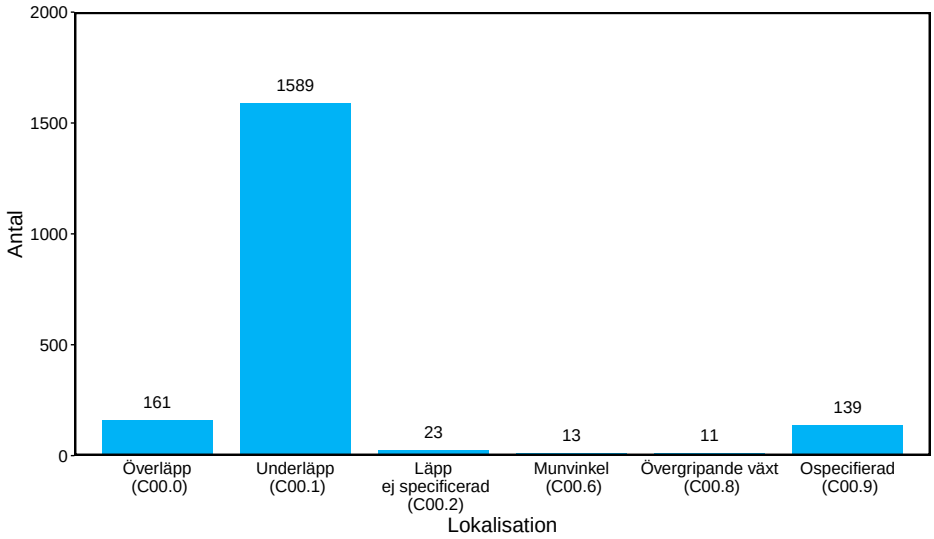


14.2 Lokalisation

Underläppen (C00.1) är den vanligaste tumörlokalen och utgör 82.1% av fallen av de som registrerats i SweHNCR. I 8.3% av fallen var tumörlokalen överläppen (C00.0) medan cancer i munvinkeln (C00.6) är ytterst ovanlig (0.7%) (figur 34). 162 fall (8.4%) hade kodats med de ospecificerade ICD-koderna C00.9 och C00.2. Av dessa var 125 (77.2%) klassade som T1-tumör och

det borde varit lätt att ange en mer specificerad tumörlokal. Av de 11 fall som fått koden C00.8 (övergripande växt) hade 10 klassats som T1 och T2.

Figur 34. Fördelning av antalet läppcancerfall per ICD-kod i SweHNCR under perioden 2008-2021. n = 1936

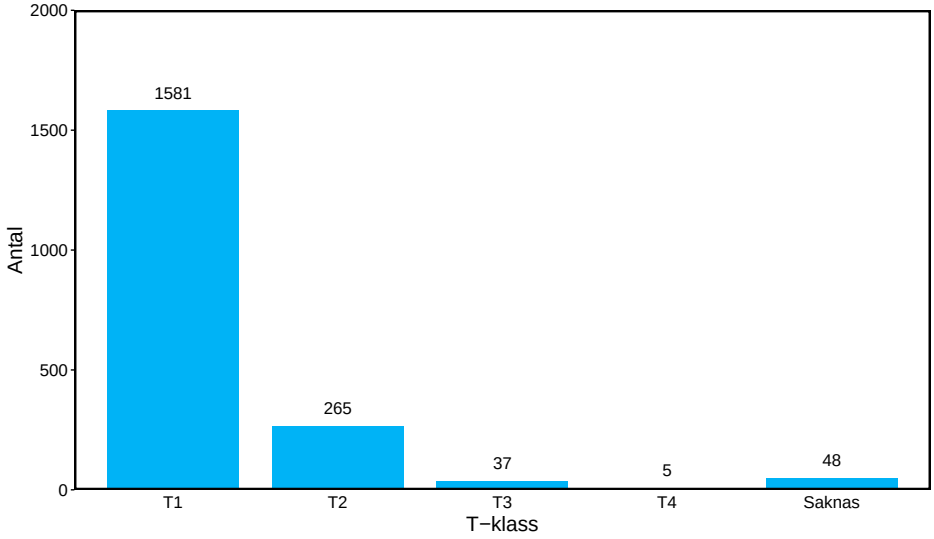


14.3 TNM-klassifikation och stadium

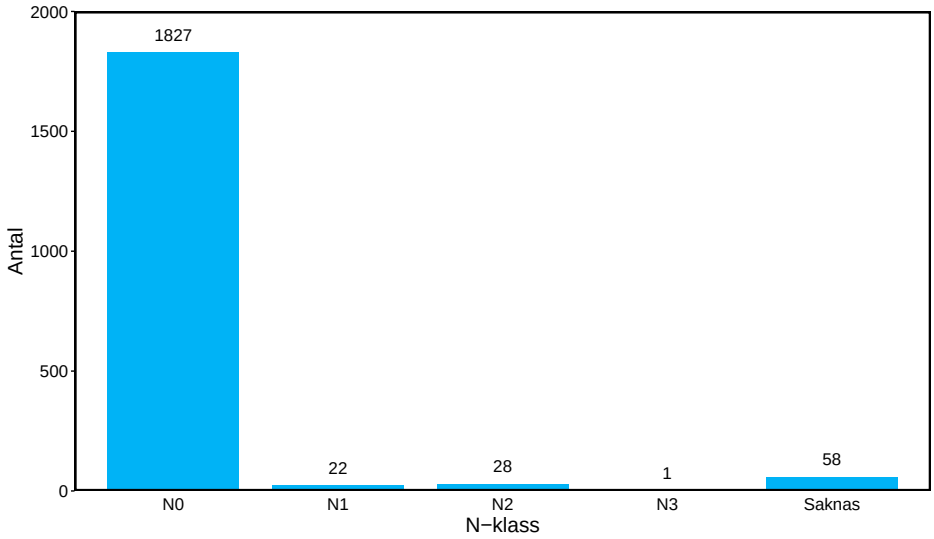
De flesta läppcancerfallen upptäcks tidigt då de är synliga på det läppröda och därmed lätta att upptäcka. I 1581 fall (81.7 %) hade tumören klassats som T1 (< 2 cm) och i 265 fall (13.7 %) som T2 (2-4 cm). Endast 42 fall (2.2 %) hade tumör som var större än 4 cm. I 48 fall hade anmälan lämnats till registret utan angiven tumörstorlek (figur 35).

Regional körtelspridning vid diagnos förelåg i 51 fall (3 %) (figur 36). Endast 4 fall hade fjärrmetastaser vid diagnos.

Figur 35. Antal fall per T-klass för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936

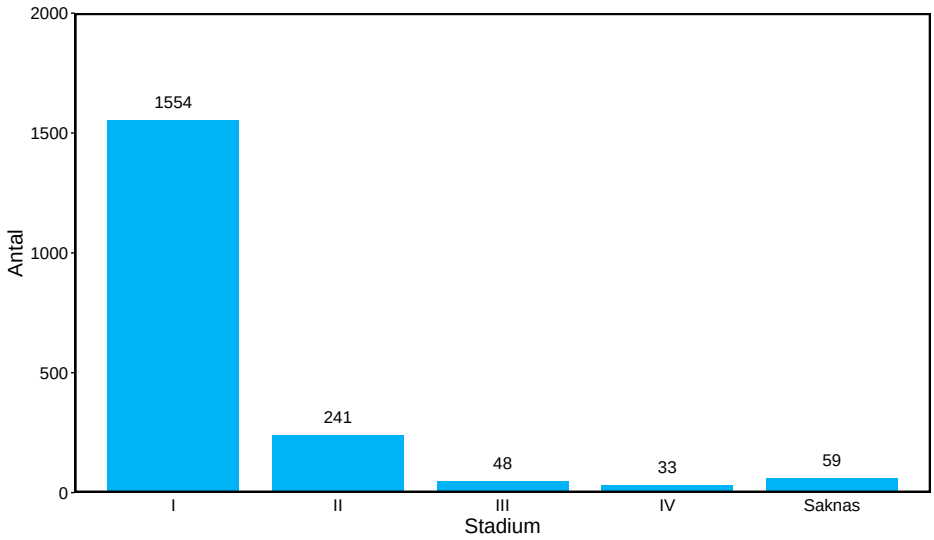


Figur 36. Antal fall per N-klass för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936



Vid diagnos var 1554 fall ((80.3%) %) i Stadium I, 241 (12.5%) i Stadium II och 81 (4.2 %) i Stadium III och IV. Om något av T, N eller M inte angivits räknas inte något stadium fram. I 59 fall saknas därför stadium(figur 37).

Figur 37. Antal fall per stadium för läppcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 1936



14.4 Histopatologi

Det finns 1936 patienter registrerade i SweHNCR med läppcancer. Av dessa hade 1919 (99.1%) skivepitelcancer. 17 patienter (1.1 %) hade annan histologisk diagnos (adenocarcinom 2, adenoidcystisk cancer 3, acinic cell cancer 1, mucoepidermoid cancer 1, slemhinnemelanom 1, annan cancerform 9).

14.5 Rökvanor

Uppgift om rökvanor infördes i registret 2013. Från 2013-2021 har 7% angivit att de var dagliga rökare, 14.4% före detta rökare, 29.5% av fallen aldrig rökt regelbundet. Uppgift om rökvanor saknas för 49.1% av patienterna.

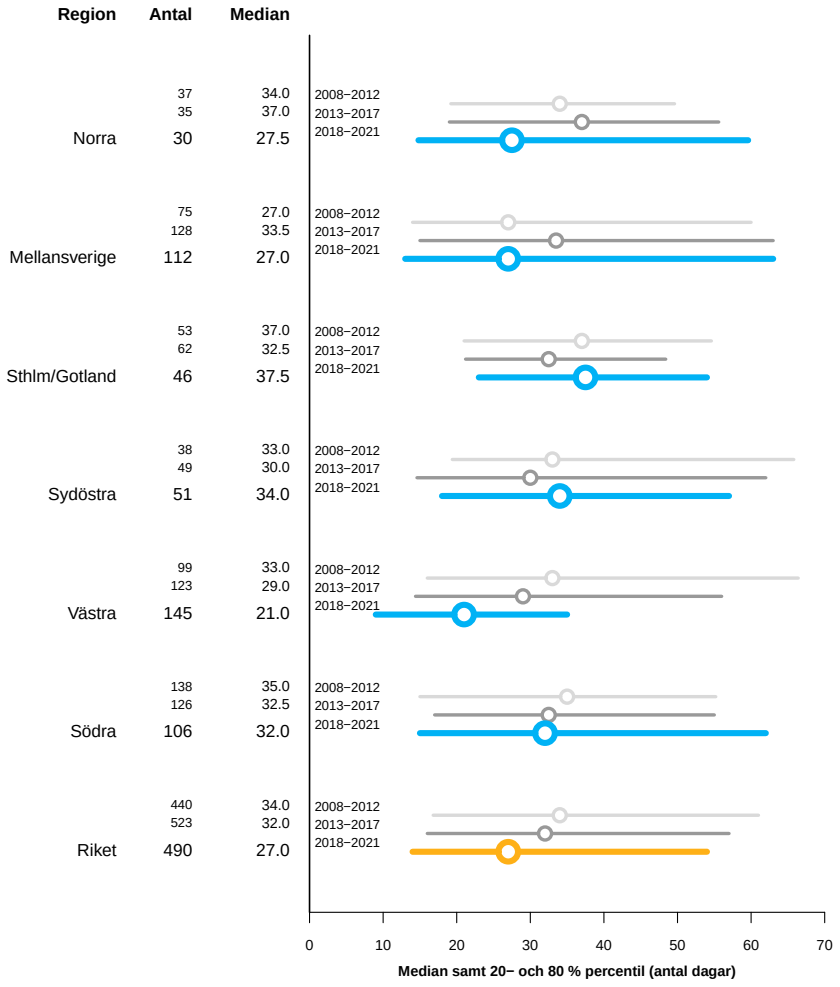
14.6 WHO-performance status

WHO-performance status var angivet för 1549 patienter (80%). Av dessa klassades 1421 (91.7%) i WHO-performance status 0-1 och 128 (8.3%) klassades i 2-4.

14.7 Ledtider

Den nationella ledtiden för läppcancer ”från remiss till behandlingsstart” har sedan år 2008 minskat med 9.5 dagar. Medianen för ledtiden är nu 27 dagar men det föreligger som tidigare en stor spridning avseende 80:e percentilen. Skillnaden mellan regionerna i median är stor och varierar från 20-38 dagar (figur 38). Eftersom läppcancer är enkel att diagnostisera och i de flesta fall (T1 N0 M0) inte kräver vare sig kompletterande utredning eller MDK borde ledtiderna kunna förbättras både avseende median och spridning.

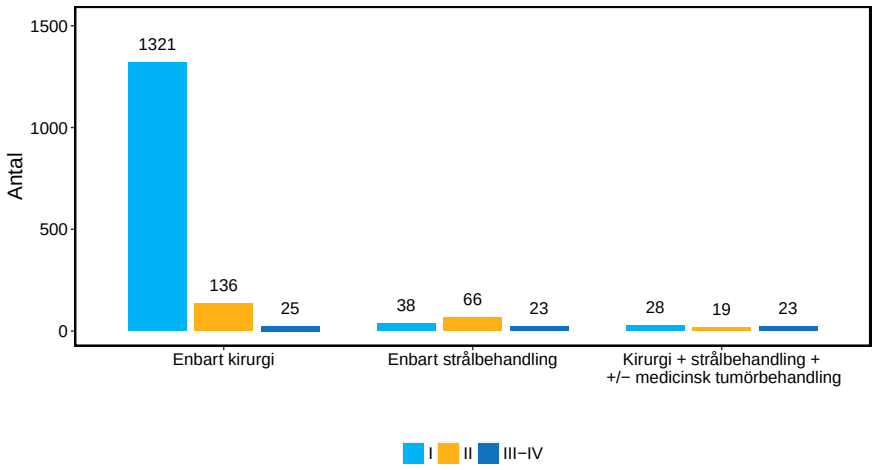
Figur 38. Ledtid från remiss till behandlingsstart för läppcancer i SweHNCR, uppdelat per region 2008-2021.



14.8 Given behandling

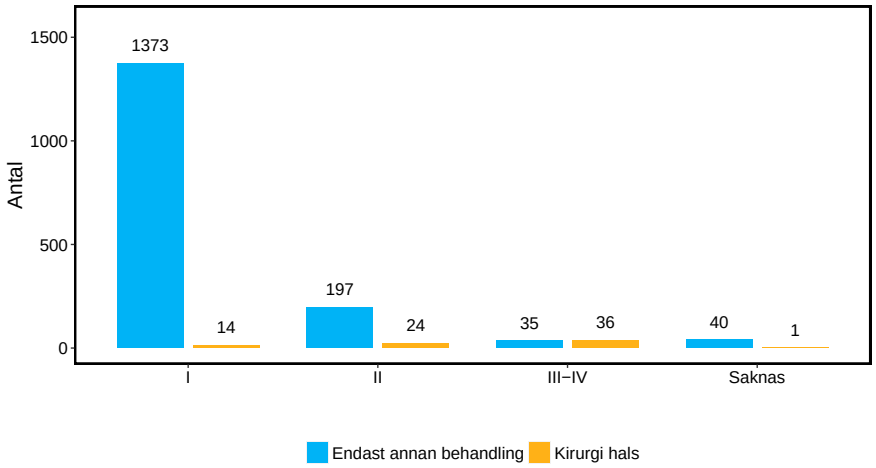
I fortsättningen redovisas de fall som har diagnosen skivepitelcancer och där behandling har getts med kurativ intention (n=1679). Kirurgi som enda behandlingsmetod utfördes i 1482 fall (88.3%) vilket även kunde innefatta kirurgi mot halsens lymfkörtlar. Strålbehandling som enda modalitet har genomförts i 127 fall (7.6%) och kombinationsbehandling med kirurgi och strålbehandling +/- medicinsk tumörbehandling i 70 fall (4.2%).

Figur 39. Antal fall som erhållit olika behandlingskombinationer för läppcancer fördelat per stadium SweHNCR 2008-2021 (n=1679)



74 patienter (4.3 %) genomgick primär behandling med operation av halsens lymfkörtlar. Av de som hade tumör i stadium I opererades primärt 14 (0.1 %) även på halsen och detta bör ha gjorts i profylaktiskt syfte. 10.9 % av patienterna i stadium II och över 50 % i stadium III-IV genomgick operation på halsen (figur 40).

Figur 40. Antal läppcancerfall som opererats på halsen utöver behandling mot primärtumören fördelat på stadium, diagnosår 2008-2021. n = 1679



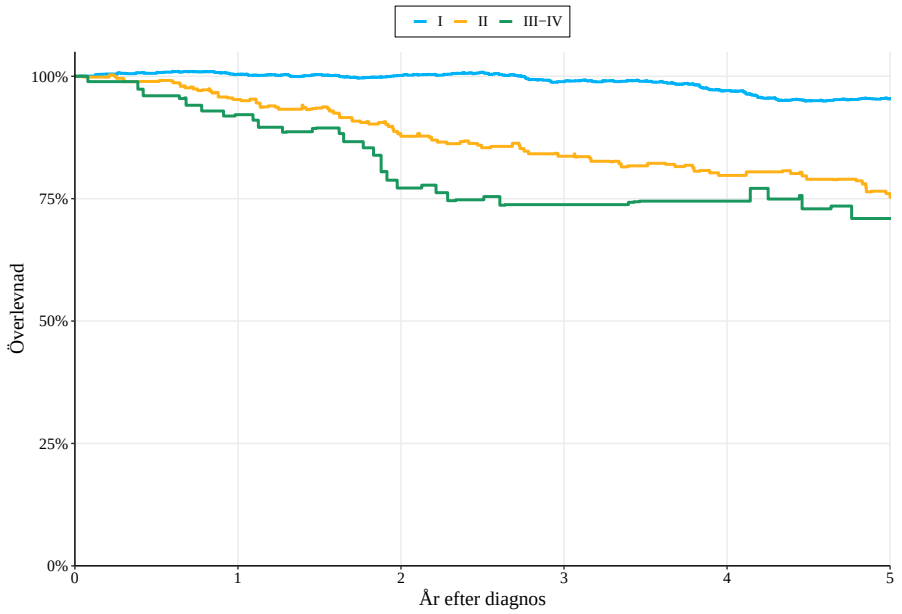
14.9 Överlevnad

Läppcancer har den bästa överlevnaden jämfört med de andra diagnosgrupperna för huvud- och halscancer.

Patienter med skivepitelcancer som behandlas i stadium I har en relativ överlevnad 95% CI (92 - 99), stadium II 75% CI (66 - 86). Patienter i stadium III och IV har tillsammans en överlevnad på 71% CI (56 - 89) (figur 41).

Handläggningen av läppcancer sker på olika sätt i regionerna. Länsklinikernas ÖNH-kliniker handlägger vanligen dessa fall men det finns också andra aktörer så som plastikkirurger, hudläkare och privata ÖNH-läkare som utreder och behandlar läppcancer. När man jämför den relativa överlevnaden mellan regionerna kan man inte se någon signifikant skillnad (figur 42).

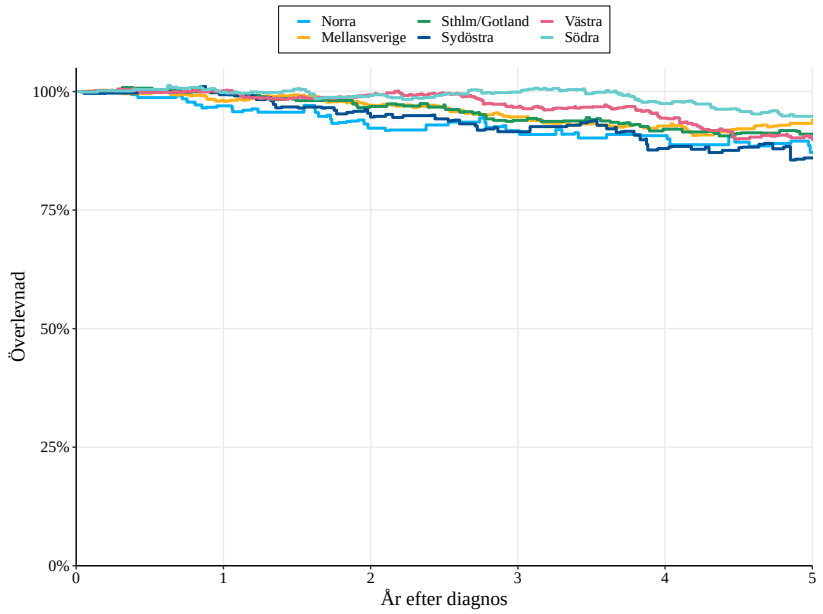
Figur 41. Relativ överlevnad per stadium för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021.



I	1339	1245	1064	915	772	655
II	215	188	148	126	104	87
III–IV	68	58	42	34	30	24

Antal i risk

Figur 42. Relativ överlevnad per region för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021.



Norra	123	112	93	80	70	59
Mellansverige	329	293	237	202	176	149
Sthlm/Gotland	235	221	197	173	152	134
Sydöstra	146	130	107	91	72	55
Västra	446	415	342	284	232	187
Södra	381	354	311	276	228	202

Antal i risk

14.10 Recidiv

Uppföljning av patienter med huvud och halscancer skall ske enligt det Nationella Vårdprogrammet under 5 år. Detta har ifrågasatts när det gäller små läppcancrar och många kontroller avslutas före 5 år.

De patienter som får ett recidiv kommer med all sannolikhet att återremitteras till en ÖNH-klinik för utredning och behandling och därmed få fortsatt uppföljning och registrering i SweHNCR.

Från registrets start t.o.m. 2018 är den genomsnittliga recidivfrekvensen 7.9 %. I tabell 9 kan man se en minskning av antalet recidiv över tid.

Tabell 9. Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling per diagnosår. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade.

	Antal (%)
Diagnosår	
2008	7 av 97 (7.2)
2009	10 av 97 (10.3)
2010	10 av 86 (11.6)
2011	9 av 94 (9.6)
2012	6 av 99 (6.1)
2013	8 av 95 (8.4)
2014	8 av 111 (7.2)
2015	8 av 102 (7.8)
2016	13 av 153 (8.5)
2017	7 av 109 (6.4)
2018	6 av 116 (5.2)
Totalt	92 av 1159 (7.9)

Recidiven är antingen lokala (54.3 %) eller regionala (41.3 %), fjärrmetastaser är ytterst ovanliga. Möjligheten till kuration efter behandling av ett läppcancerrecidiv bör därför vara stor (tabell 10).

Tabell 10. Fördelning av lokalisation för första recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade.

	Antal (%)
Lokalisation	
Lokalt	50 (54.3)
Regionalt	38 (41.3)
Lokalt & Regionalt	1 (1.1)
Lokalt & Fjärrmetastasering	1 (1.1)
Uppgift saknas	2 (2.2)
Totalt	92 (100.0)

Andelen recidiv ökar vid högre stadium vilket är naturligt (tabell 11). Det är dock anmärkningsvärt att det uppträder så många som 7.0% recidiv i stadium I. Hur den primära behandlingen genomförts bör vara en avgörande faktor och bör beaktas.

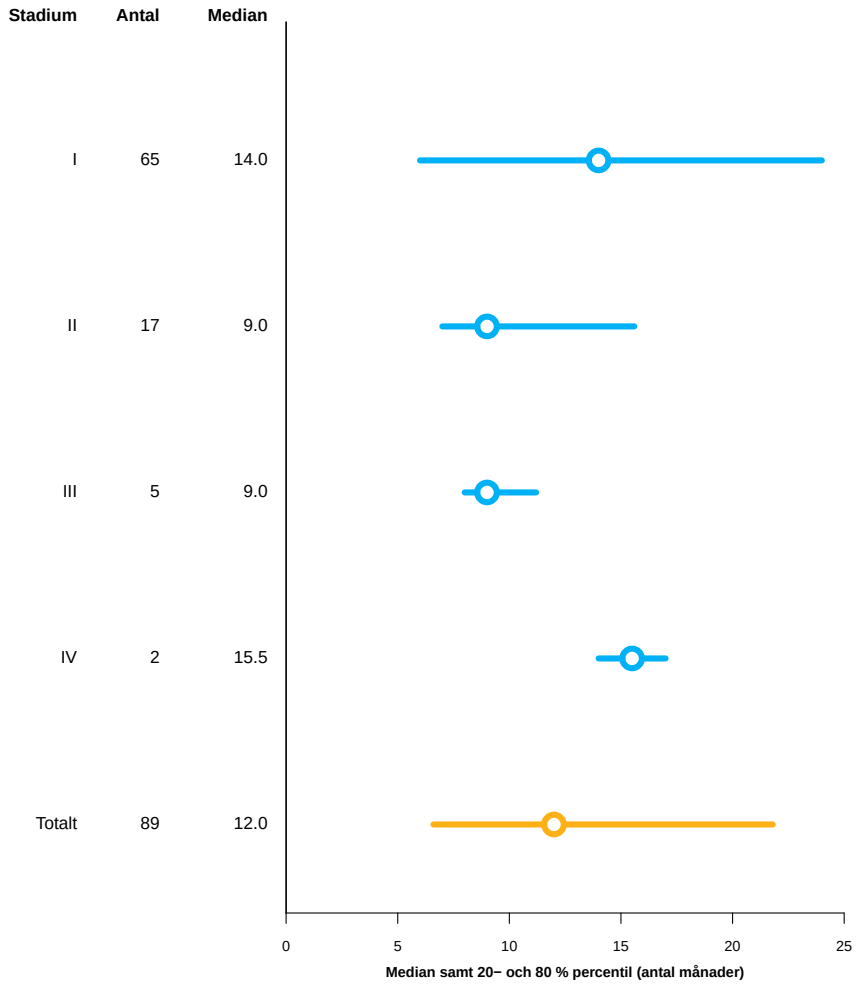
Tabell 11. Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med läppcancer som fått kurativ behandling per stadium, diagnosår 2008-2021. Patienter där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade.

	Antal (%)
Stadium	
I	66 av 937 (7.0)
II	17 av 148 (11.5)
III	5 av 28 (17.9)
IV	2 av 15 (13.3)
Totalt	90 av 1128 (8.0)

När recidiv uppträdde efter genomgången primär behandling visas i figur 43. För tumörer i stadium

I (T1N0M0) kom recidiven sent. Mediantiden var 14 månader men spridningen var stor och många recidiv uppträdde efter 2 år. Vid större tumörer uppträdde de flesta recidiven inom 2 år. Huruvida uppföljningstiden för läppcancer i stadium I kan förkortas får diskuteras i samband med nästa revision av vårdprogrammet.

Figur 43. Tid i månader från diagnosdatum till registrering av recidiv, uppdelat per T-klass, diagnosår 2008-2018. Patienter som saknar datum för recidiv eller där det finns angivet för tumörstatus att patienten ej är tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas är exkluderade.



14.11 Sammanfattning

Läppcancer utgör drygt 9% av all huvud- och halscancer. Diagnosgruppen ingår i det Nationella Vårdprogrammet för huvud- och halscancer. De små tumörerna (T1N0M0) handläggs oftast på länssjukhusens ÖNH-kliniker kirurgiskt utan föregående MDK. Även andra kliniker och privata aktörer handlägger dessa fall vilket är speciellt uttalat i region Stockholm.

Incidensen för läppcancer ökar generellt och det är skillnader i incidens och ökningstakt mellan regionerna.

Skivepitelcancer är den övervägande histologiska diagnosen vid läppcancer men tumörer utgångna från de små spottkörtlarna i läppen förekommer liksom slemhinnemelanom.

Vårdprogrammet anger att större läppcancrar > 2cm (T2–T4) skall utredas radiologiskt och diskuteras på MDK inför ställningstagande till behandling.

Behandlingen är i huvudsak kirurgisk och excisionen skall göras med minst 8 mm kirurgisk marginal enligt Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer.

Den relativa överlevnaden är 95% för tumörer i stadium I och cirka 75% för de mer avancerade tumörerna (stadium II-IV).

Recidivfrekvensen är generellt låg. För tumörer i stadium I är recidivfrekvensen ändå 7.0%. Dessa recidiv uppträder sent med ett medianvärde på 14 månader och stor spridning. Läppcancerrecidiv uppträder oftast lokalt eller regionalt och det finns goda möjligheter till kuration efter recidivbehandling.

15 VETENSKAPLIGA PUBLIKATIONER

15.1 Publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter 2019-2021

- **Early mortality after diagnosis of cancer of the head and neck - A population-based nationwide study**
  Charbél Talani, Antti Mäkitie, Martin Beran, Erik Holmberg, Göran Laurell,
  PLoS One; 2019 Oct 2;14(10):e0223154.doi: 10.1371/ eCollection 2019.

- **Return to work after oropharyngeal cancer treatment-Highlighting a growing working-age population.**
  Granström B, Tiblom Ehrsson Y, Holmberg E, Hammerlid E, Beran M, Tano K, Laurell G;
  On behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR).
  Head Neck. 2020 Aug;42(8):1893-1901. doi: 10.1002/hed.26123. Epub 2020 Feb 24. PMID: 32092226

- **Health-related quality of life among tonsillar carcinoma patients in Sweden in relation to treatment and comparison with quality of life among the population.**
  Adnan A, Högmo A, Sjödin H, Gebre-Medhin M, Laurell G, Reizenstein J, Farnebo L, Norberg LS, Notstam I, Holmberg E, Cange HH, Hammerlid E;
  On behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR).
  Head Neck. 2020 May;42(5):860-872. doi: 10.1002/hed.26064. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32040223

- **Swedish national register multicenter study on Head and Neck Cancer of Unknown Primary: Prognostic factors and impact of treatment on survival**
  On behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR)

  Lars Axelsson MD PhD, Erik Holmberg PhD, Jan Nyman MD PhD, Anders Högmo MD PhD, Helena Sjödin MD, Maria Gebre-Medhin MD PhD, Mathias von Beckerath MD PhD, Thomas Ekberg MD PhD, Lovisa Farnebo MD PhD, Charbél Talani MD, Lena Norberg Spak MD PhD, Isak Notstam MD, Eva Hammerlid MD PhD
  Int Arch Otorhinolaryngol. 2021 Jul;25(3):e433-e442. doi: 10.1055/s-0040-1712106. Epub 2020 Sep 30

- **Health-related quality of life in patients with cancer of the base of the tongue compared to that in patients with tonsillar carcinoma and the general population.**
  On behalf of the Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR)

  Malin Berg, MD, Ali Adnan, MD, Anders Högmo, MD, PhD, Helena Sjödin, MD, Maria Gebre-Medhin, MD, PhD, Göran Laurell, MD, PhD, Johan Reizenstein, MD, Lovisa Farnebo, MD, PhD, Lena Spaak Norberg, MD, PhD, Isak Notstam, MD, Erik Holmberg, Hedda Haugen Cange, MD, PhD, Eva Hammerlid, MD, PhD
  Head Neck. 2021 Dec;43(12):3843-3856.

- **Base of tongue squamous cell carcinomas outcome depending on treatment strategy and p16 status. A population based study from the Swedish Head and Neck Cancer Register**

  Anders Högmo MD PhD, Erik Holmberg PhD, Hedda Haugen Cange MD PhD, Johan Wennerberg MD PhD, Martin Beran MD PhD, Karin Söderqvist MD PhD, Eva Hammerlid MD PhD, Helena Sjödin MD, Lovisa Farnebo MD PhD, Karl Sandström MD PhD, Lalle Hammarstedt Nordenvall MD PhD, Katarina Zborayova MD PhD, Eva Brun MD PhD
  Acta Oncol. 2022 Apr;61(4):433-440.

15.2 Andra publikationer

- **Huvud- och halscancer PREM-rapport MDK-år: 2018 Publicerad år 2020**
  Länk: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/hh_prem_deskriptiv_mdk2018_20200609.pdf
- **Huvud- och halscancer PREM-rapport MDK-år: 2019 Publicerad år 2021**
  Länk: https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/huvud-hals-prem-mdk-ar-2019.pdf
- **Huvud- och halscancer PREM-rapport MDK-år: 2020 Publicerad år 2022**
  Länk: https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/huvud-hals-prem-mdk-ar-2020.pdf
- **Huvud- och halscancer PREM-rapport MDK-år: 2018-2020 Publicerad år 2022**
  Länk: https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/huvud-hals_prem_2018-2020.pdf
- **The Swedish Head and Neck Cancer Register SweHNCR Presentation in English, 2020**
  Länk: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister/presentation-in-english-swehncr.pdf
- **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**
- **Human Papilloma virusvaccination of boys in the Swedish national vaccination programe, Folkhälsomyndigheten, Kunskapsunderlag 2017-07-02**

15.3 ST-projekt baserade på registerdata

- **Utredning av huvud- och halscancerpatienter i Dalarna - Har införandet av SVF förkortat ledtiderna?**
  Elin Lönn, ST-läkare Öron- Näsa- Halskliniken Falu Lasarett Juni 2021. Handledare Lars Hallén, med dr, specialistläkare ÖNH.
- **Maligna orala tumörer utgående från små spottkörtlar - en populationsbaserad studie av demografi, histologi, behandling och överlevnad**
  Freja Sterner, ST-läkare ÖNH Region Norrbotten maj 2022. Handledare Krister Tano, med dr, specialistläkare ÖNH, ÖNH Umeå Universitet

16 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT

- **PREM**
  - Var god se sidan 26.

- **PROM** undersökningar som del i registret
  - Var god se sidan 27.

- **Pågående projekt**
  - Osteoradionekros vid tungbascancer, submitted
  - Cancer i accessoriska spottkörtelcancer - deskriptiv, populationsbaserad studie, i manuskript
  - Nordic larynx cancer collaboration study 2011-2012 (en jämförelse av behandling och behandlingsutfall mellan de nordiska länderna). Studien presenterades vid ICHNO i Barcelona 2019
  - Munhålecancer i Sverige, skillnader i utfall beroende på lokalisation, ledtider, val av behandling och prognostiska markörer
  - A population based perspective on treatment and outcome of glottic laryngeal carcinoma stage T3 and T4 - does organ preservation jeopardize survival?
  - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid cancer i näsa/bihåla
  - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid cancer i hypopharynx
  - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid cancer i spottkörtlarna
  - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid larynxcancer, stadium I-II.