

Huvud- och halscancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2024

Diagnosår: 2008-2024

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



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

Innehållsförteckning

1 FÖRORD	1
2 HUVUD- OCH HALSCANCER	2
2.1 Antal fall	2
2.2 Diagnos-, ålders- och könsfördelning	3
2.3 Incidenstrender	4
3 TÄCKNINGSGRAD MOT CANCERREGISTRET	7
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 onkologisk behandling är första behandling	22
7.5 Skillnader i ledtider mellan könen	22
8 PREM OCH PROM	23
8.1 PREM	23
8.1.1 PREM 2018-2020	23
8.2 PROM	24
9 PRESENTATION AV REGISTRET PÅ ENGELSKA	25
10 INTERN REDOVISNING - KOLL PÅ LÄGET	26
11 ÖPPEN REDOVISNING	28
12 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS (MDK)	29
13 ÖVERLEVAD	30
14 INDIKATORER	32
14.1 Processindikatorer	32
14.1.1 Ledtider	32
14.1.2 Registrets täckningsgrad gentemot Cancerregistret	32
14.1.3 Behandlingsbeslut på MDK	32
14.1.4 Andel patienter som varit på tumörkontroll	32
14.2 Resultatindikatorer	34
14.2.1 Relativ 5-årsöverlevnad	34
14.2.2 Andel tumörfria efter avslutad kurativ primärbehandling	35
14.2.3 Andel recidiv inom tre år efter tumörfrihet	36
15 OROFARYNX	37
15.1 Antal fall och täckningsgrader	37
15.2 Lokalisation	38
15.3 Kön	40

15.4 Ålder	40
15.5 TNM-klassifikation och stadium	40
15.6 Histopatologi	44
15.7 Rökvanor	45
15.8 Performance status enligt ECOG/WHO	45
15.9 Ledtider	46
15.10 Given behandling	47
15.11 Överlevnad	49
15.12 Recidiv	53
16 VETENSKAPLIGA PUBLIKATIONER	57
16.1 Publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter 2019-2025	57
16.2 Andra publikationer	58
17 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT	60

Tabeller

1	Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per region och diagnosår för SweHNCR. Täckningsgraderna levererades 1 september 2025.	8
2	Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2023-2024. Täckningsgraderna levererades 1 september 2025.	9
3	Hur upplever du att informationen inför/under din behandling har varit?	23
4	Hur upplever du som helhet vårdpersonalens bemötande?	23
5	Vilket förtroende har du för cancersjukvården?	24
6	Har du fått en skriftlig vård- eller behandlingsplan?	24
7	Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024.	31
8	Antal och andel fall av orofarynxcancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024.	38
9	Antal och andel fall av övrig orofarynxcancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024.	39
10	Antal och andel fall av orofarynxcancer per T-klass, diagnosår 2008-2024.	41
11	Distribution av N-klassificering hos patienter med orofarynxcancer, stratifierat efter HPV-analys (p16), diagnosår 2008-2024.	41
12	Distribution av M-klassificering hos patienter med orofarynxcancer, stratifierat efter HPV-analys (p16), diagnosår 2008-2024.	42
13	Antal och andel fall av orofarynxcancer per TNM7-stadium, diagnosår 2008-2021.	42
14	Antal och andel fall av orofarynxcancer per TNM8-stadium, diagnosår 2018-2024.	42
15	Antal och andel fall av orofarynxcancer per morfologisk diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024.	44
16	Antal och andel skivepitelcancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024.	45
17	Antal och andel fall av orofarynxcancer per rökvanor, diagnosår 2013-2024.	45
18	Antal och andel fall av orofarynxcancer per performance status enligt ECOG/WHO, diagnosår 2008-2024.	45
19	Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per p16 status, diagnosår 2008-2024.	49
20	Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal, diagnosår 2008-2024.	50
21	Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021.	51
22	Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2024.	52
23	Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal och stadium, diagnosår 2008-2024.	53
24	Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling och kunnat följas i minst 3 år, per diagnosår. Totalt under 2008-2021 exkluderas 527 (10.3%) patienter som rapporterats som ej tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas och är exkluderade. 584 patienter exkluderas då de inte hade tillräckligt lång uppföljningstid.	54
25	Fördelning av lokalisation för första recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021.	54
26	Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021.	54
27	Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2021.	54

Figurer

1	Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024.	2
2	Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår	3
3	Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024. Totalt antal fall är 25777.	3
4	Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.	4
5	Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.	5
6	Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.	5
7	Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.	6
8	Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2024. Täckningsgraderna levererades den 1 september 2025.	7
9	Täckningsgrad per region och hela riket för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2024. Täckningsgraderna levererades den 1 september 2025.	7
10	Antal anmälda fall per län diagnosår 2024. Efter det län som patienten var folkbokförd i vid diagnos.	10
11	Täckningsgrad per bostadslän vid diagnos för SweHNCR jämfört med Cancerregistret för diagnosår 2023-2024. Täckningsgraderna levererades 1 september 2025.	11
12	Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2024.	12
13	Antal månader* tills 90% av anmälningarna har inrapporterats, behandlingsbeslutår 2008-2024.	13
14	Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna onkologiblanketter 2008-2024. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten.	14
15	Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2024. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten.	15
16	Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2024.	16
17	Figuren visar andelen döda och levande patienter diagnostiserade 2008-2021 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2019 med 5-års uppföljning. Patienter där kontroller avslutas i förtid är exkluderade. I cirka 8 % av fallen väljer vården att avsluta kontrollerna i förtid.	17
18	Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2024.	20
19	Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2024.	21
20	Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är onkologisk behandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2024.	22
21	Definition av kvalitetsindikatorer för Koll på läget.	26
22	"Koll på läget" för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2023.	27
23	Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2024, diagnosgrupp läppcancer är exkluderad.	29
24	Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.	30
25	Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024. Totalt ingår 24565 patienter i överlevnadsanalysen.	31
26	Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2024.	33
27	Relativ 5-års överlevnad per diagnosår och region för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.	34
28	Andel som blir tumörfria efter primärbehandling bland kurativt behandlade patienter där uppföljning skett minst 6 månader efter diagnos.	35
29	Andel recidiv inom 3 år bland kurativa patienter som blivit tumörfria och som följts i minst 3 år alternativt fått recidiv inom 3 år, diagnosår 2008-2020.	36
30	Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024. n = 25809	37
31	Antal nya fall av orofarynxcancer i SweHNCR, diagnosår 2008-2024.	38
32	Antal nya fall av orofarynxcancer i SweHNCR per region, diagnosår 2010-2024.	38
33	Antal fall per diagnosgrupp och diagnosår, diagnosår 2008-2024.	39

34	Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.	40
35	Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.	40
36	Antal fall per T-klass för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2024. Uppgifter saknas för 39. n = 7184. ¹	41
37	Antal fall per stadium enligt TNM7 för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2021. Uppgifter saknas för 58. n = 5644. ²	42
38	Antal fall per stadium enligt TNM8 för orofarynxcancer i SweHNCR 2018-2024. Uppgifter saknas för 73. n = 3502 ²	43
39	Stadiumfördelning (TNM7) per lokal för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 5644. ²	43
40	Stadiumfördelning (TNM8) per lokal för orofarynxcancer i SweHNCR 2018-2024. n = 3502. ²	44
41	Ledtid från remiss till behandlingsstart för orofarynxcancer i SweHNCR, uppdelat per region, diagnosår 2008-2024.	46
42	Given behandling för patienter med orofarynxcancer och kurativt syftande behandling, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=6319	47
43	Primär kirurgi av tumör respektive halskörtelutrymning vid orofarynxcancer, i kurativt syftande behandling som inkluderar kirurgi, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=879	47
44	Andel primär kirurgi av tumör respektive halskörtelutrymning vid orofarynxcancer, i kurativt syftande behandling som inkluderar kirurgi, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=879	48
45	Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per p16 status, diagnosår 2008-2024. n = 6255	49
46	Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal, diagnosår 2008-2024. n = 6255	50
47	Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021. Patienter som saknar stadiindelning exkluderas. n = 5041	51
48	Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2024. Patienter som saknar stadiindelning exkluderas. n = 2872	52
49	Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal och p16 status, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar stadiindelning eller p16-status exkluderas. n = 6221	53
50	Tid till recidiv för alla fall av orofarynxcancer med registrerat recidiv, diagnosår 2008-2021.	55
51	Tid till recidiv för alla fall av orofarynxcancer med registrerat recidiv, diagnosår 2018-2021.	56

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 cirka 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. PROM (Patient Reported Outcome Measures) ingår i registret.

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 inrapporteringsystem.

Sedan 2015 finns ett nationellt vårdprogram för huvud- och halscancer, det har uppdaterats 2019 och senast 2023. Incidens, stadiefördelning, behandling samt överlevnad för respektive diagnosgrupp och subgrupper baseras på registerdata. <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-ochhals/varldprogram/>.

Huvud-halscancer är ett samlingsbegrepp för en grupp sjukdomar med sinsemellan olika karakteristika, behandling och prognos. I 2024 årsrapport väljer vi att fördjupa analysen kring oropharynxcancer, den idag vanligaste tumörgruppen av de nio tumörgrupperna.

Under året har PROM införts för alla patienter med nyupptäckt huvud-halscancer. Vidare har två nya kvalitetsindikatorer tillkommit, andel tumörfria efter avslutad primär behandling samt andel recidiv tre år efter diagnos. Flera vetenskapliga artiklar baserade på registerdata har publicerats och just nu arbetar styrgruppen med att publicera ytterligare registerdata för flera av de tumörlokaler som ingår i begreppet huvud-halscancer.

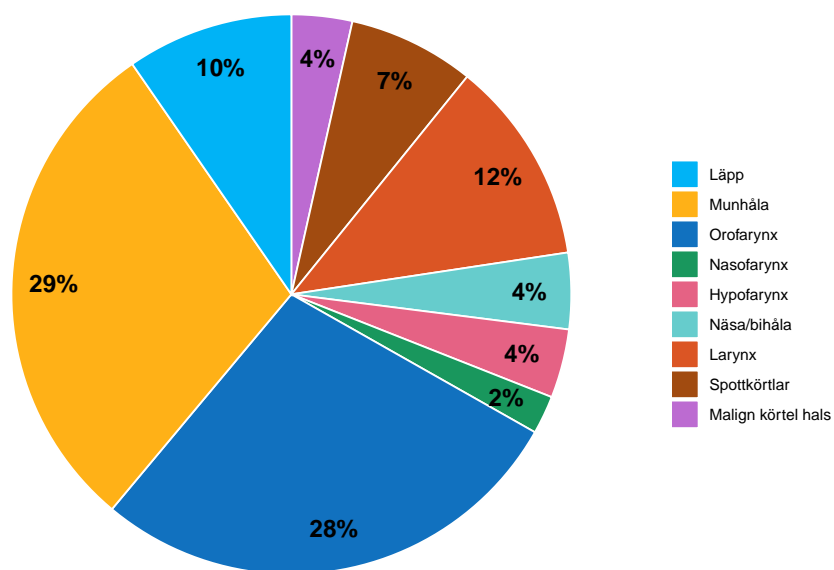
Den årsrapport som vi nu presenterar bygger på data från registret för perioden 2008-2024 och omfattar 25809 patienter. Datauttaget från INCA till årsrapporten gjordes 15 september 2025. Täckningsgrader mot cancerregistret från de sex regionala cancercentrumen levererades 1 september 2025.

Eva Hammerlid, registerhållare
Lalle Hammarstedt Nordenvall, ordförande
Anna Hafström, vetenskaplig sekreterare
Mattias Olin, onkologisk representant
Tim Säll, statistiker RCC
Anna Källsgård, statistiker RCC

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 2008-2024.

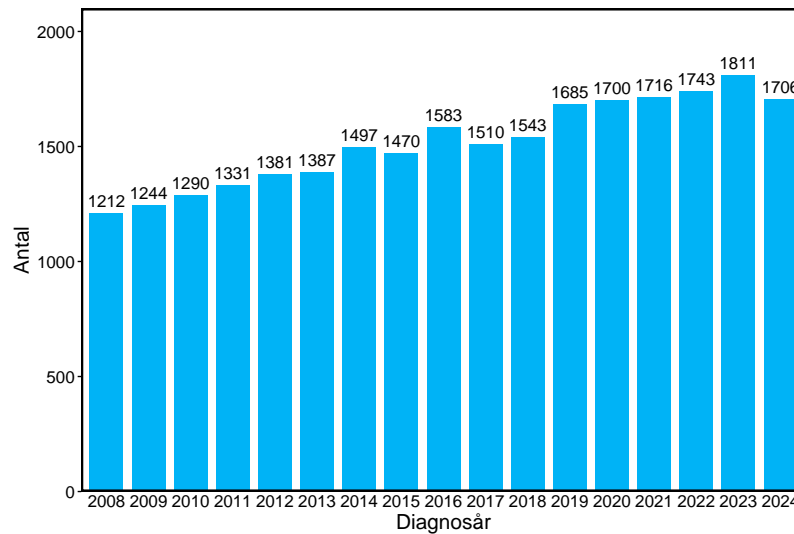


2.1 Antal fall

Huvud- och halscancer är en ovanlig cancerform i Sverige och utgör 2,3 % av samtliga cancerfall. Antalet fall ökar och 2023 registrerades 599 fler fall än 2008 vilket innebär en ökning med 49 %, och 3,3 % per år. Pandemiåren 2020-2022 påverkade inte antal diagnostiserade fall. För år 2024 har 1706 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 2008-2023 var ökningen 52 %, det vill säga 3,4 % per år. I antal fall står orofarynxcancer för mer än hälften av totala ökningen av huvud- och halscancer. Det är också en av de cancer som ökar mest i Sverige. Ökningen är till stor del relaterat till HPV infektion. Registret deltog i utredningen gällande HPV vaccin för pojkar, som sedermera infördes hösten 2020, då två tredjedelar av de som drabbas av orofarynxcancer är män.

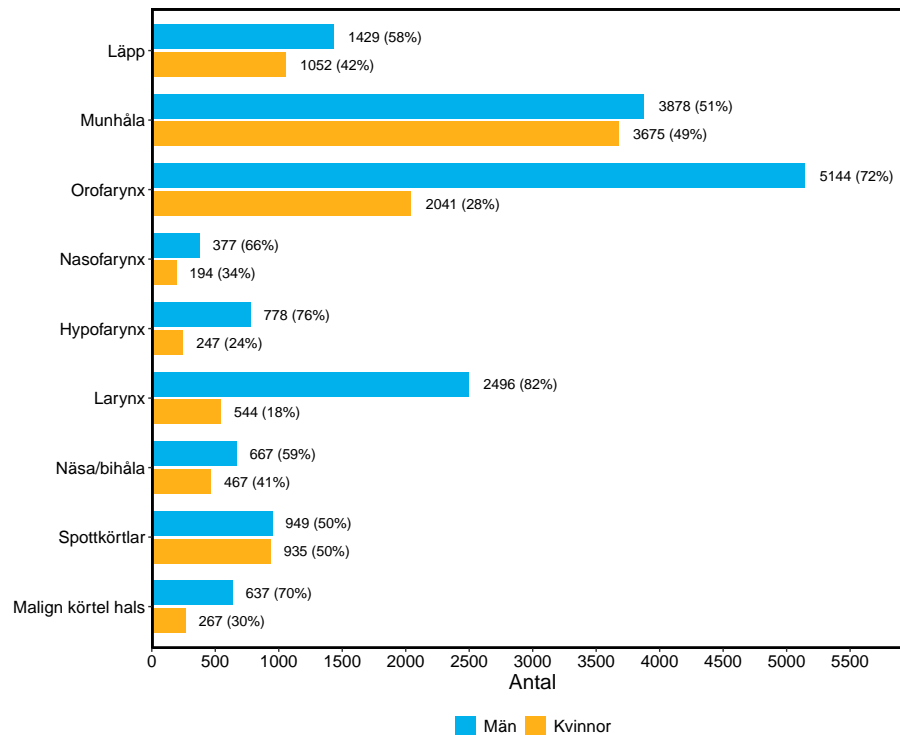
Figur 2. Antal anmälda fall till SweHNCR per diagnosår



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 440 fall per år de senaste åren. Larynxcancer med cirka 190 fall per år är den tredje vanligaste tumörgruppen och nasofarynxcancer är den minst vanliga med cirka 35 fall per år. Antalet fall per lokalisation och kön som finns registrerade i SweHNCR t.o.m. år 2024, visas i figur 3.

Figur 3. Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024. Totalt antal fall är 25777.

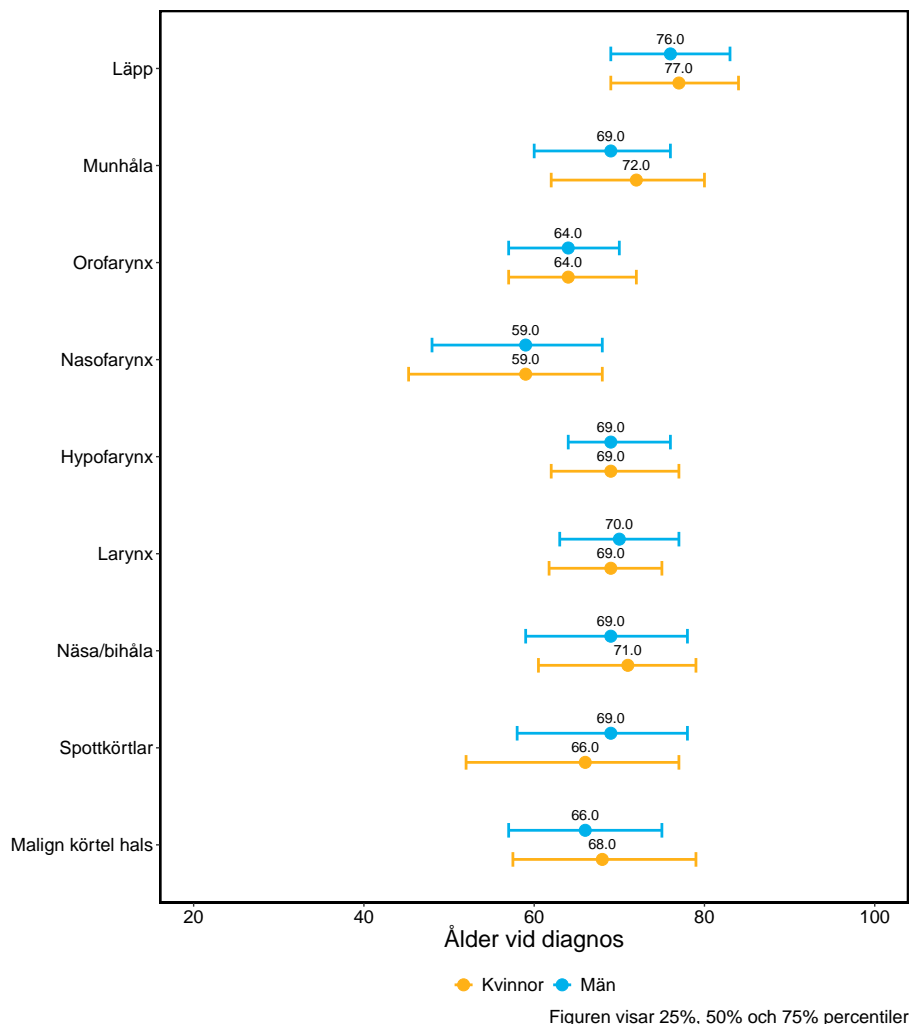


Munhålecancer och spottkörtelcancer förekommer nästan lika ofta hos män som hos kvinnor. Könsfördelningen för näs-bihålecancer är cirka 60 % män och 40 % kvinnor och samma fördelning gäller för läppcancer. För övriga diagnosgrupper är det stor övervikt för män och det är mest uttalat vid larynxcancer,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

Ålder vid diagnos varierar mellan diagnosgrupperna. Läppcancer drabbar patienter i högre ålder (median 76 år) medan patienter med nasofarynxcancer har den yngsta medianåldern, 59 år. För övriga diagnosgrupper är medianåldern högre, 64-72 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 8 år.

Figur 4. Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.

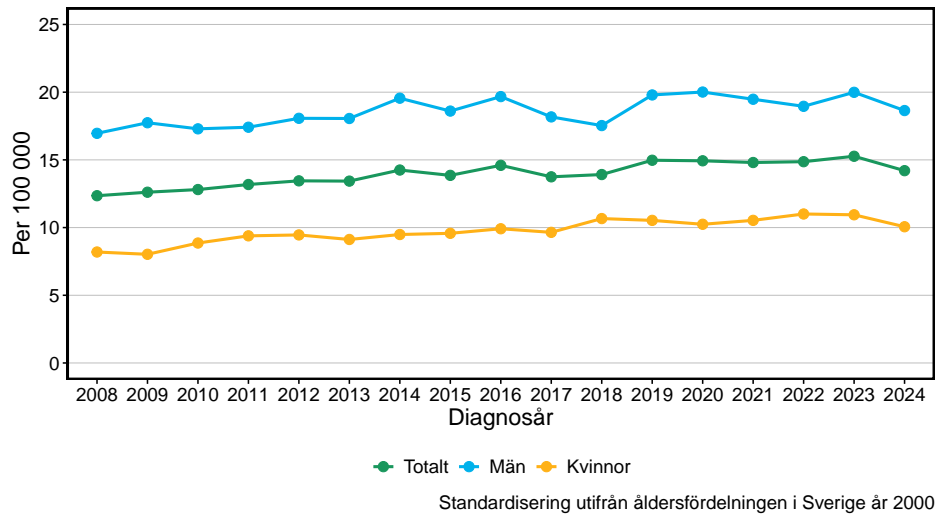


2.3 Incidenstrender

År 2008-2023 ökade den åldersstandardiserade incidensen av huvud- och halscancer med 24 %. Den åldersstandardiserade incidensen ökade under perioden med 2.7 fall per 100 000 invånare för kvinnor

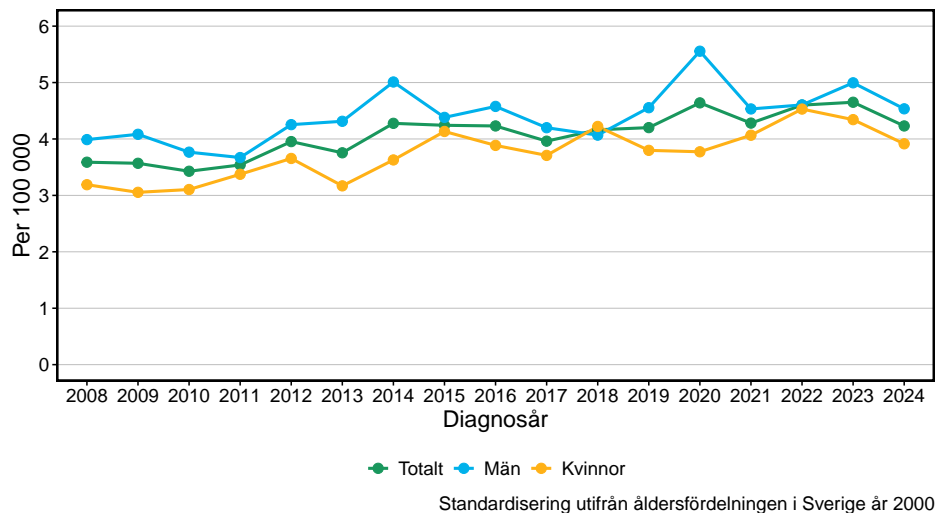
(från 8.2 till 10.9) och med 3.0 fall per 100 000 invånare för män (från 17.0 till 20.0) för all huvud- och halscancer (figur 5). Möjligtvis har incidensökning avtagit de sista åren eller så kan det bero på att det fortsatt saknas ett antal fall som ännu inte blivit registrerade.

Figur 5. Åldersstandardiserad incidens för huvud- och halscancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.

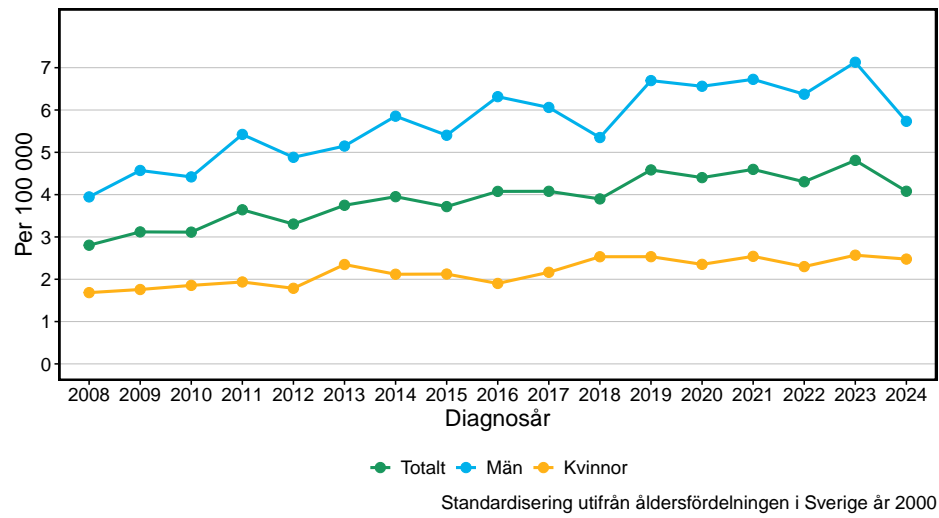


Incidensökningen varierar för de olika diagnosgrupperna. Här redovisar vi incidensökningen för de två största grupperna munhålecancer och orofarynxcancer. För munhålecancer är ökningen 1.1 fall per 100 000 invånare (2008-2023). (figur 6).

Figur 6. Åldersstandardiserad incidens för munhålecancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.



Den åldersrelaterade incidensen 2008 till 2023 för orofarynxcancer för män har ökat med 3.2 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).

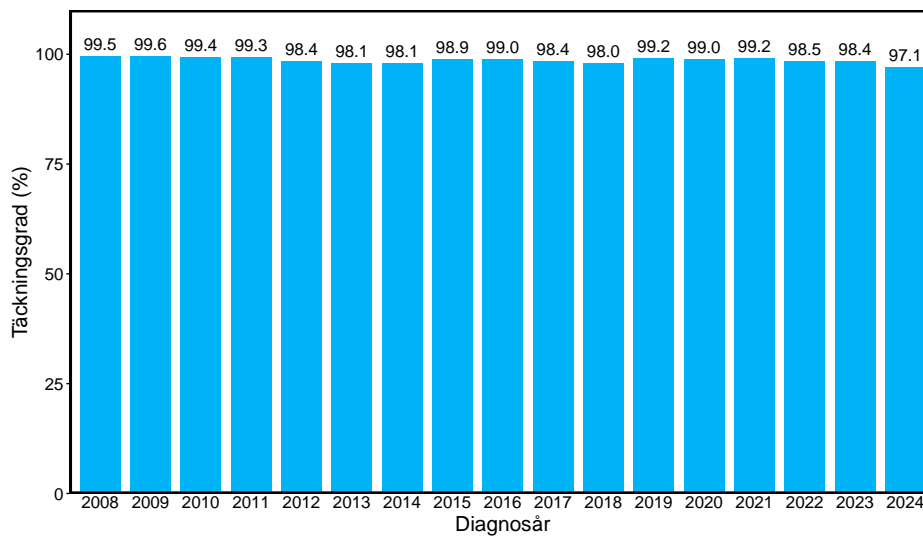
Figur 7. Åldersstandardiserad incidens för orofarynxcancer anmäld till SweHNCR, diagnosår 2008-2024.

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.

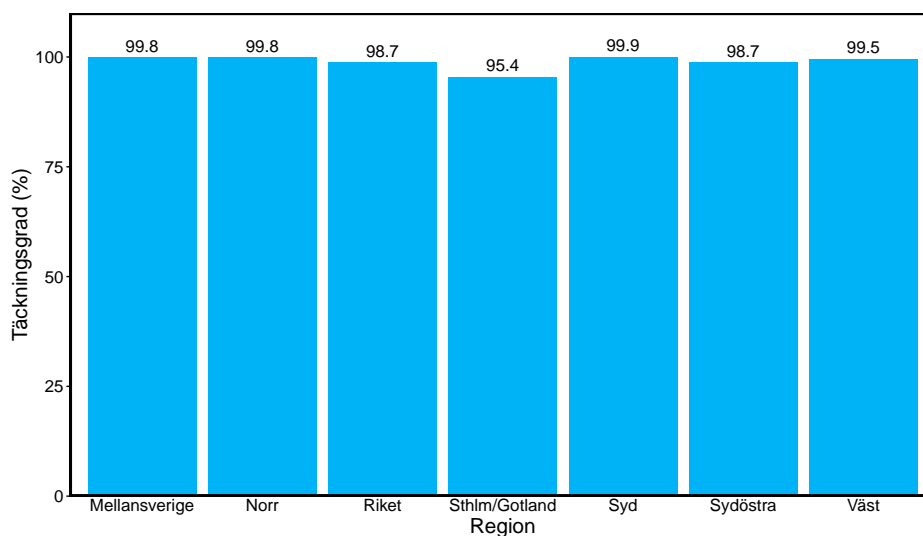
SweHNCR har varje år haft en täckningsgrad mot Cancerregistret på cirka 98 %. För 2024 föreligger det en liten eftersläpning av registreringarna och 1 september 2025 var täckningsgraden 97.1 % (figur 8).

Figur 8. Täckningsgrad för hela riket per diagnosår för SweHNCR jämfört med Cancerregistret 2008-2024. Täckningsgraderna levererades den 1 september 2025.



Täckningsgraden per region för perioden 2008-2024 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 2008-2024. Täckningsgraderna levererades den 1 september 2025.



Om man bortser från år 2024 är täckningsgraden mot cancerregistret mellan 97 och 100 % i alla regioner förutom i Stockholmsregionen (tabell 1). För 2023-2024 har endast 47 % 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 1 september 2025.

Diagnosår	Region Mellansverige	Region Norr	Region Sthlm/Gotland	Region Syd	Region Sydöstra	Region Väst	Riket
2008	223 av 223 (100.0)	106 av 106 (100.0)	270 av 275 (98.2)	238 av 239 (99.6)	121 av 121 (100.0)	237 av 237 (100.0)	1195 av 1201 (99.5)
2009	259 av 259 (100.0)	107 av 107 (100.0)	254 av 259 (98.1)	255 av 255 (100.0)	111 av 111 (100.0)	208 av 208 (100.0)	1194 av 1199 (99.6)
2010	223 av 223 (100.0)	111 av 111 (100.0)	279 av 285 (97.9)	262 av 262 (100.0)	122 av 123 (99.2)	239 av 239 (100.0)	1236 av 1243 (99.4)
2011	233 av 233 (100.0)	113 av 113 (100.0)	265 av 273 (97.1)	278 av 278 (100.0)	135 av 136 (99.3)	257 av 257 (100.0)	1281 av 1290 (99.3)
2012	272 av 272 (100.0)	111 av 111 (100.0)	285 av 306 (93.1)	249 av 249 (100.0)	122 av 122 (100.0)	272 av 272 (100.0)	1311 av 1332 (98.4)
2013	267 av 267 (100.0)	106 av 106 (100.0)	292 av 318 (91.8)	246 av 246 (100.0)	144 av 144 (100.0)	254 av 254 (100.0)	1309 av 1335 (98.1)
2014	303 av 303 (100.0)	138 av 138 (100.0)	303 av 330 (91.8)	270 av 270 (100.0)	153 av 154 (99.4)	287 av 287 (100.0)	1454 av 1482 (98.1)
2015	293 av 293 (100.0)	117 av 117 (100.0)	322 av 337 (95.5)	255 av 255 (100.0)	142 av 142 (100.0)	273 av 273 (100.0)	1402 av 1417 (98.9)
2016	326 av 327 (99.7)	133 av 133 (100.0)	301 av 315 (95.6)	293 av 293 (100.0)	156 av 157 (99.4)	322 av 322 (100.0)	1531 av 1547 (99.0)
2017	324 av 324 (100.0)	113 av 113 (100.0)	321 av 344 (93.3)	277 av 277 (100.0)	141 av 141 (100.0)	271 av 271 (100.0)	1447 av 1470 (98.4)
2018	317 av 318 (99.7)	142 av 142 (100.0)	313 av 340 (92.1)	266 av 266 (100.0)	174 av 176 (98.9)	275 av 275 (100.0)	1487 av 1517 (98.0)
2019	321 av 321 (100.0)	139 av 139 (100.0)	344 av 355 (96.9)	299 av 300 (99.7)	168 av 169 (99.4)	334 av 334 (100.0)	1605 av 1618 (99.2)
2020	357 av 358 (99.7)	129 av 129 (100.0)	332 av 342 (97.1)	353 av 354 (99.7)	170 av 175 (97.1)	293 av 293 (100.0)	1634 av 1651 (99.0)
2021	361 av 361 (100.0)	143 av 143 (100.0)	319 av 326 (97.9)	362 av 362 (100.0)	172 av 177 (97.2)	316 av 317 (99.7)	1673 av 1686 (99.2)
2022	356 av 356 (100.0)	176 av 176 (100.0)	370 av 387 (95.6)	316 av 316 (100.0)	169 av 173 (97.7)	300 av 304 (98.7)	1687 av 1712 (98.5)
2023	373 av 373 (100.0)	165 av 165 (100.0)	353 av 367 (96.2)	362 av 362 (100.0)	162 av 166 (97.6)	323 av 333 (97.0)	1738 av 1766 (98.4)
2024	357 av 364 (98.1)	140 av 144 (97.2)	402 av 422 (95.3)	361 av 364 (99.2)	171 av 180 (95.0)	318 av 328 (97.0)	1749 av 1802 (97.1)
Totalt	5165 av 5175 (99.8)	2189 av 2193 (99.8)	5325 av 5581 (95.4)	4942 av 4948 (99.9)	2533 av 2567 (98.7)	4779 av 4804 (99.5)	74799 av 75804 (98.7)

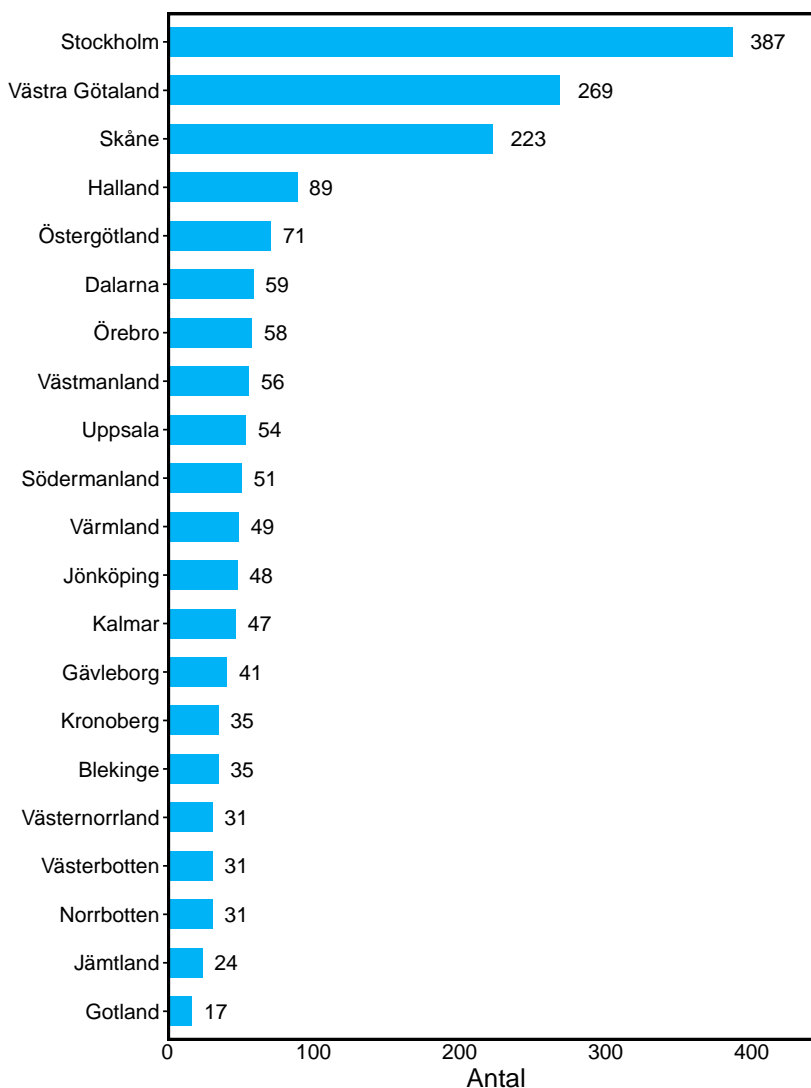


Tabell 2. Antal fall i kvalitetsregistret gentemot cancerregistret samt täckningsgrad i procent per diagnosgrupp och region för SweHNCR, diagnosår 2023-2024. Täckningsgraderna levererades 1 september 2025.

	Region Norr	Region Mellansverige	Region Sthlm/Gotland	Region Sydöstra	Region Väst	Region Syd	Riket
Diagnosgrupp							
Läppcancer	36 av 36 (100.0)	73 av 75 (97.3)	22 av 47 (46.8)	45 av 52 (86.5)	91 av 98 (92.9)	87 av 89 (97.8)	354 av 397 (89.2)
Munhåla	86 av 87 (98.9)	210 av 212 (99.1)	281 av 285 (98.6)	99 av 103 (96.1)	213 av 217 (98.2)	198 av 198 (100.0)	1087 av 1102 (98.6)
Orofarynx	101 av 101 (100.0)	241 av 241 (100.0)	237 av 238 (99.6)	95 av 95 (100.0)	172 av 178 (96.6)	217 av 217 (100.0)	1063 av 1070 (99.3)
Nasofarynx	7 av 7 (100.0)	10 av 10 (100.0)	14 av 14 (100.0)	7 av 7 (100.0)	20 av 20 (100.0)	14 av 14 (100.0)	72 av 72 (100.0)
Hypofarynx	14 av 15 (93.3)	25 av 26 (96.2)	32 av 33 (97.0)	10 av 10 (100.0)	13 av 14 (92.9)	34 av 34 (100.0)	128 av 132 (97.0)
Larynx	26 av 27 (96.3)	63 av 63 (100.0)	80 av 80 (100.0)	28 av 28 (100.0)	78 av 78 (100.0)	85 av 85 (100.0)	360 av 361 (99.7)
Näsa/bihåla	10 av 11 (90.9)	38 av 38 (100.0)	24 av 24 (100.0)	16 av 16 (100.0)	17 av 18 (94.4)	31 av 32 (96.9)	136 av 139 (97.8)
Spottkörtlar	24 av 24 (100.0)	69 av 71 (97.2)	65 av 67 (97.0)	32 av 34 (94.1)	37 av 38 (97.4)	57 av 57 (100.0)	284 av 291 (97.6)

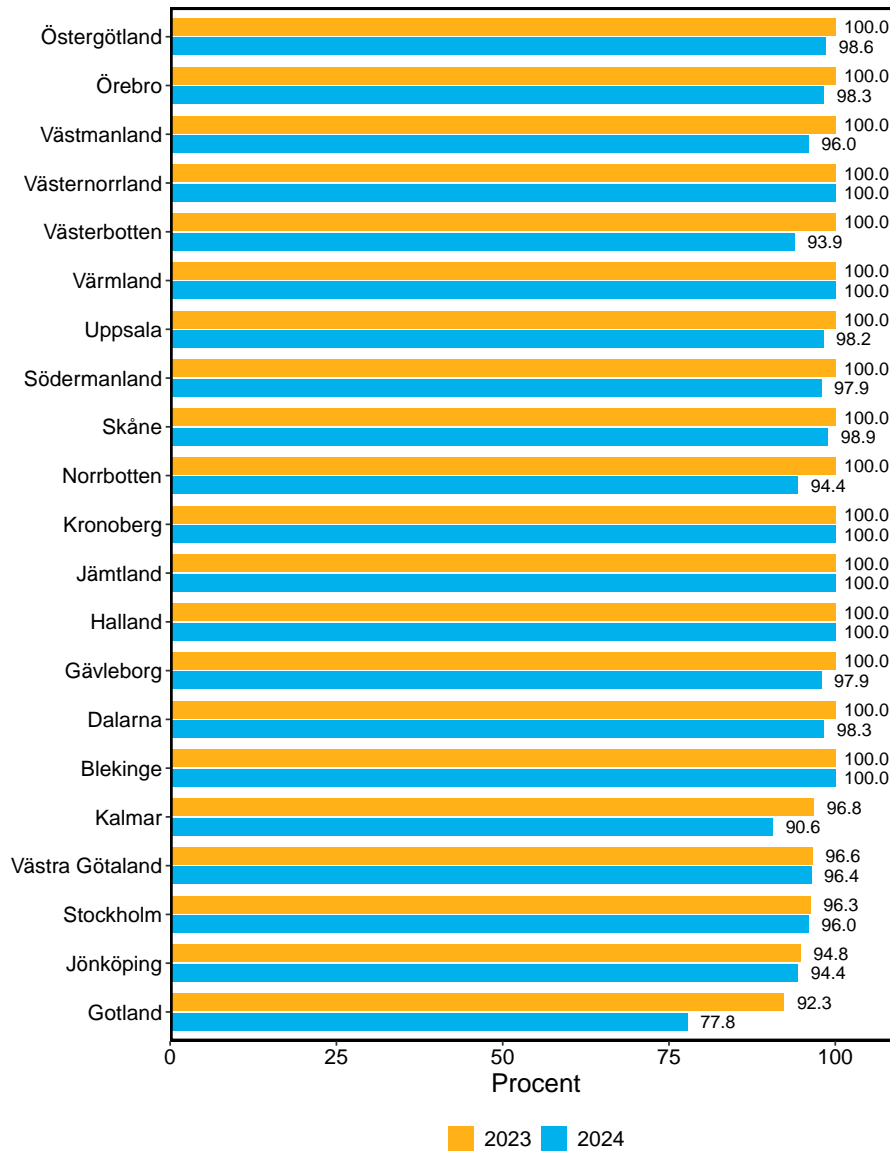
Diagnostik och utredning av huvud- och halscancer sker inom samtliga landsting på ÖNH-klinik. Antalet fall som utreds och där diagnosen huvud-halscancer fastställs är för de flesta kliniker mellan 30-60. Inom Region Skåne och Västra Götaland sker diagnostik och utredning på enheter av motsvarande storlek.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

Figur 10. Antal anmälda fall per län diagnosår 2024. Efter det län som patienten var folkbokförd i vid diagnos.



Inrapporteringen till registret har fortsatt hög kvalitet. Täckningsgraden är 100 % för 6 landsting år 2024 och 16 för 2023. 1 landsting har en täckningsgrad lägre än 90 % för 2024 jämfört med inga landsting 2023 (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 2023-2024. Täckningsgraderna levererades 1 september 2025.



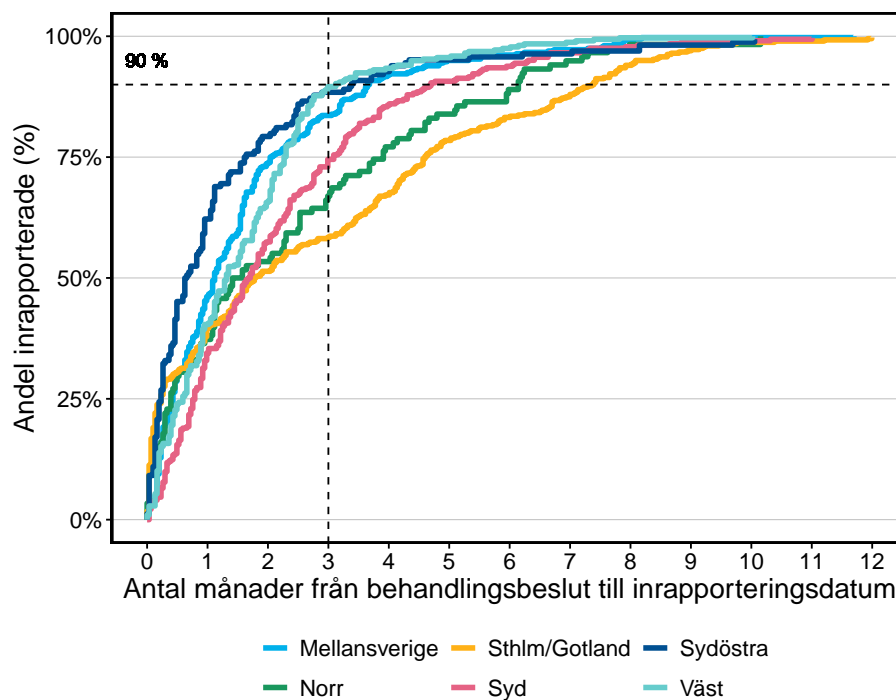
4 INRAPPORTERING AV ANMÄLAN

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.

2024 har ingen region en inrapporteringshastighet som uppnår målsättningen, det vill säga att 90 % av de nya fallen är inrapporterade inom 3 månader. Regionerna klarade 89.6 %, 88.4 %, 83.6 %, 74.5 %, 66.9 % och 58.4 % inom 3 månader (figur 12).

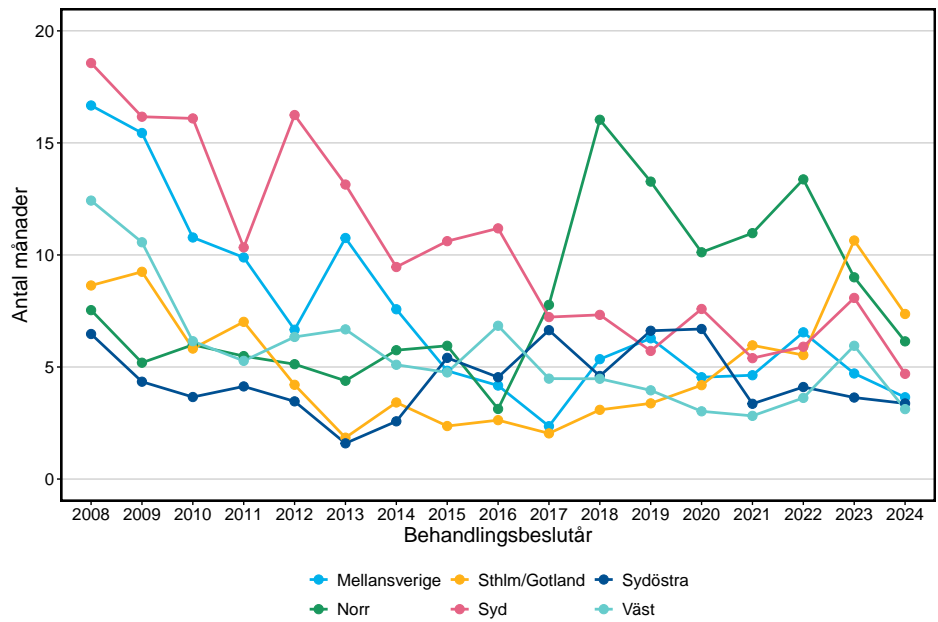
Inrapporteringsrutinerna bör förbättras generellt men framförallt i Region Stockholm/Gotland. Detta är särskilt viktigt då registret har infört utvärdering med enkäter avseende PROM. För att kunna skicka ut enkäterna i tid måste patienterna vara registrerade.

Figur 12. Inrapporteringshastighet av anmälan behandlingsbeslutår 2024.



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 2008-2024.



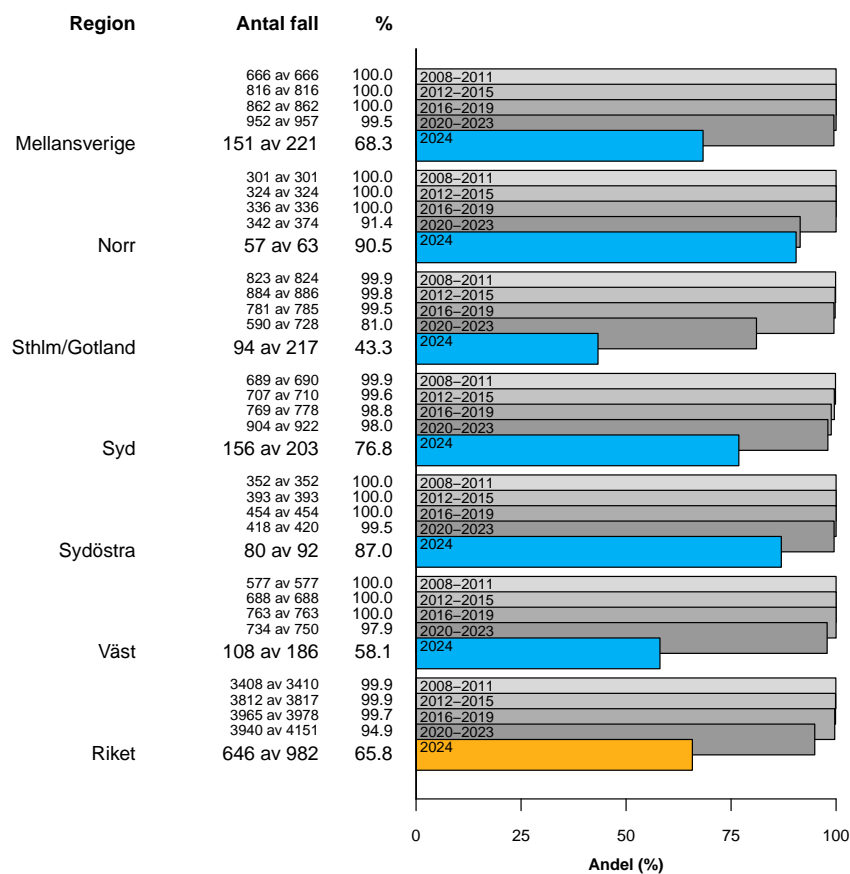
5 INRAPPORTERING AV BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING

5.1 Inrapportering av genomförd behandling

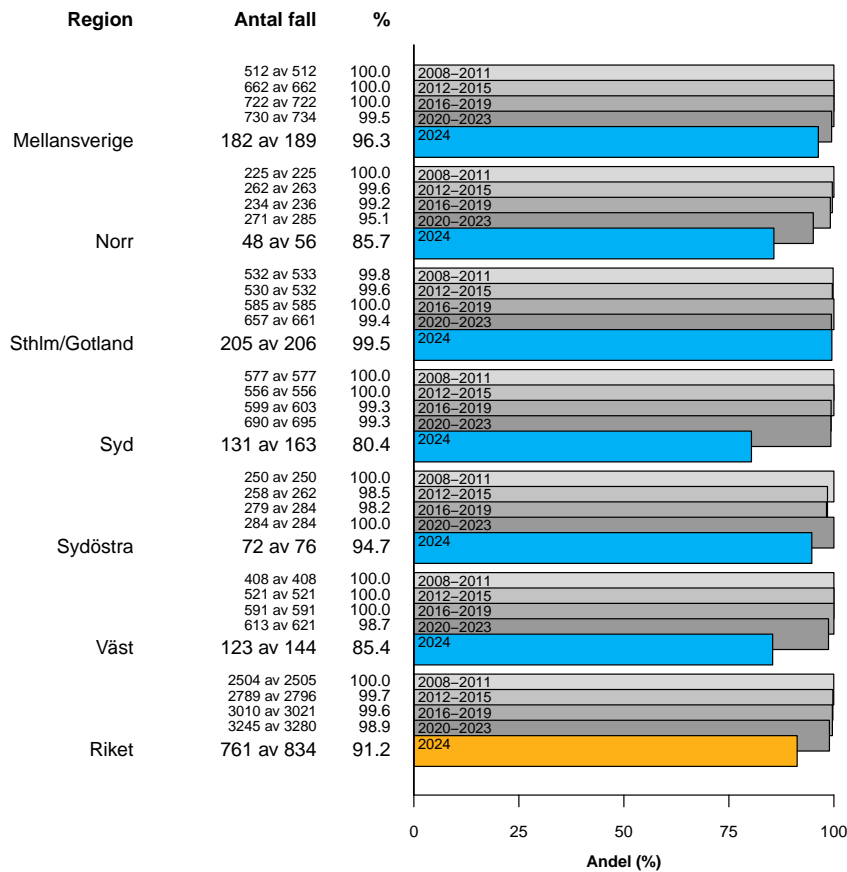
I samband med anmälan till registret anges vilken behandling som beslutats vid den multidisciplinära konferensen (MDK). I det här avsnittet stäms behandlingsbeslutet av mot de behandlingsblanketter som inkommit efter genomförd behandling.

För 2024 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 2008-2024. I nämnaren ingår de fall där planerad onkologisk behandling angetts på anmälningsblanketten.



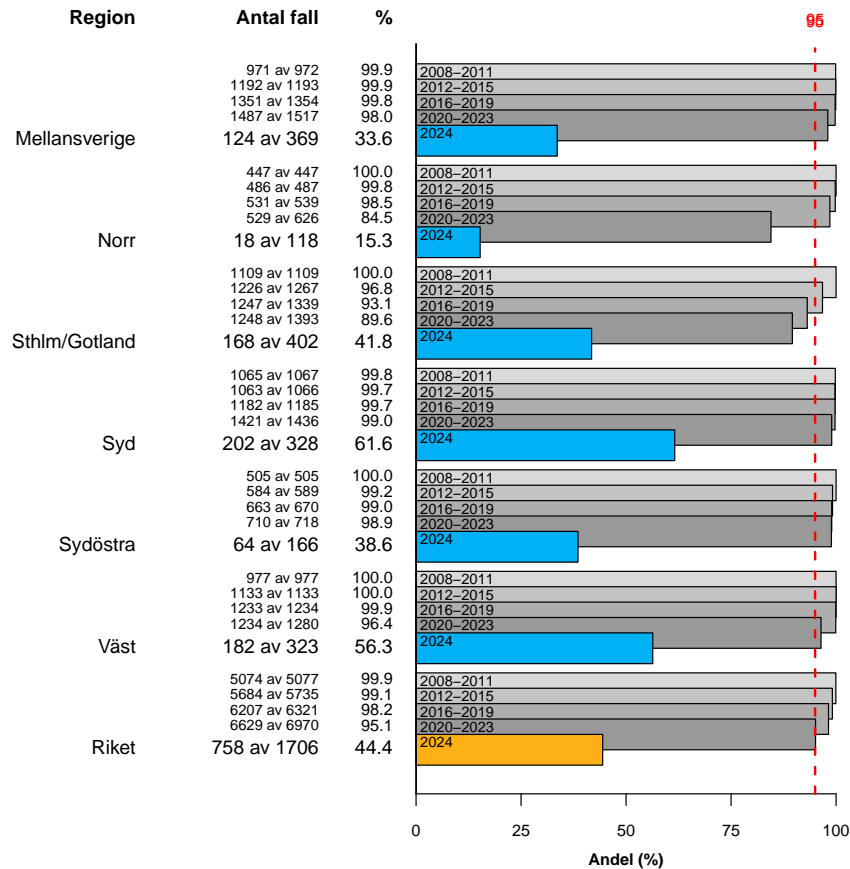
Figur 15. Täckningsgrad per region och diagnosår för inkomna kirurgibehandlingsblanketter 2008-2024. I nämnaren ingår de fall där planerad kirurgi angetts på anmälningsblanketten.



5.2 Inrapportering av uppföljning

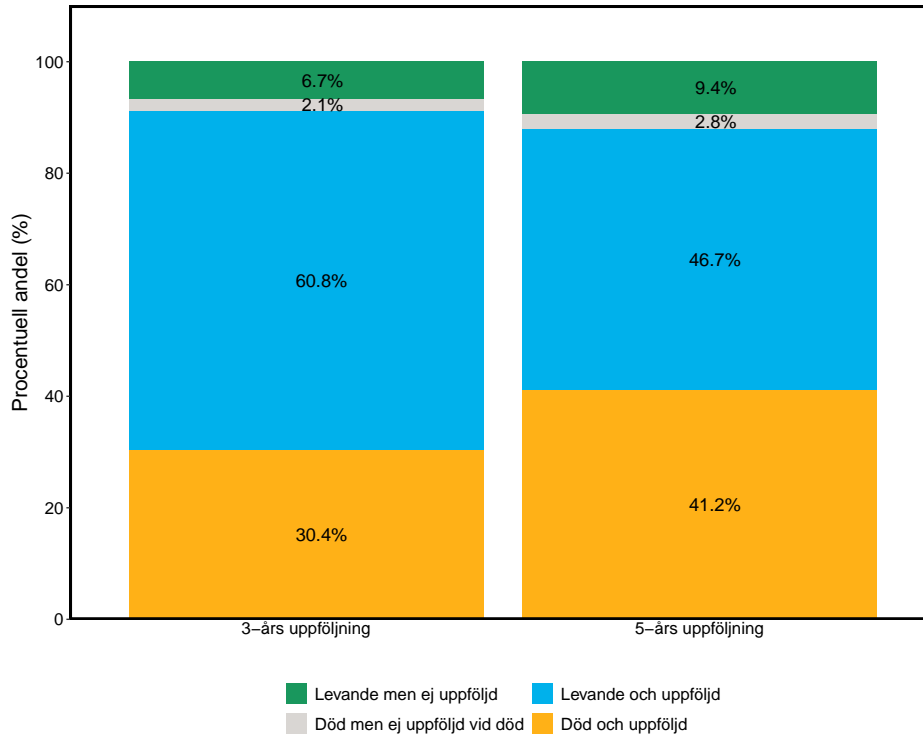
Uppföljningsblankett skall fyllas i vid kontrollbesök efter avslutad behandling. Figur 16 visar att det är en stor eftersläpning av inrapporterad uppföljning för 2024. För perioden 2008 till 2023 finns en tendens till försämrad inrapportering av uppföljning. Observera att figuren bara visar om någon 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 2008-2024.



Ytterligare analys av uppföljning efter avslutad behandling visar att 91 % av patienterna har korrekt registrerad 3-årsuppföljning och 88 % 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 2008-2021 med 3-års uppföljning och diagnostiserade 2008-2019 med 5-års uppföljning. Patienter där kontroller avslutas i förtid är exkluderade. I cirka 8 % av fallen väljer vården att avsluta kontrollerna i förtid.



6 REGISTRETS VALIDITET

Täckningsgraden för SweHNCR gentemot Socialstyrelsens cancerregister är cirka 99 %. 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 resultatmått 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 ska validera och kvalitetssäkra bl. a. behandlings- och uppföljningsparametrar för den aktuella diagnos/studie gruppen. När detta 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 att kvalitetssäkra data i samband med studier illustreras också i figur 17. Vid 5-års uppföljning saknar 12 % 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 2023" angivet i median. Flera kvalitetsindikatorer för Huvud- och halscancer visas nu offentligt på hemsidan, i en öppen interaktiv onlinerapport med data från Nationellt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR), se kapitel 11, samt i "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 tiden för utredning samt väntan på kirurgisk och onkologisk behandling efter behandlingsbeslut på MDK. 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.

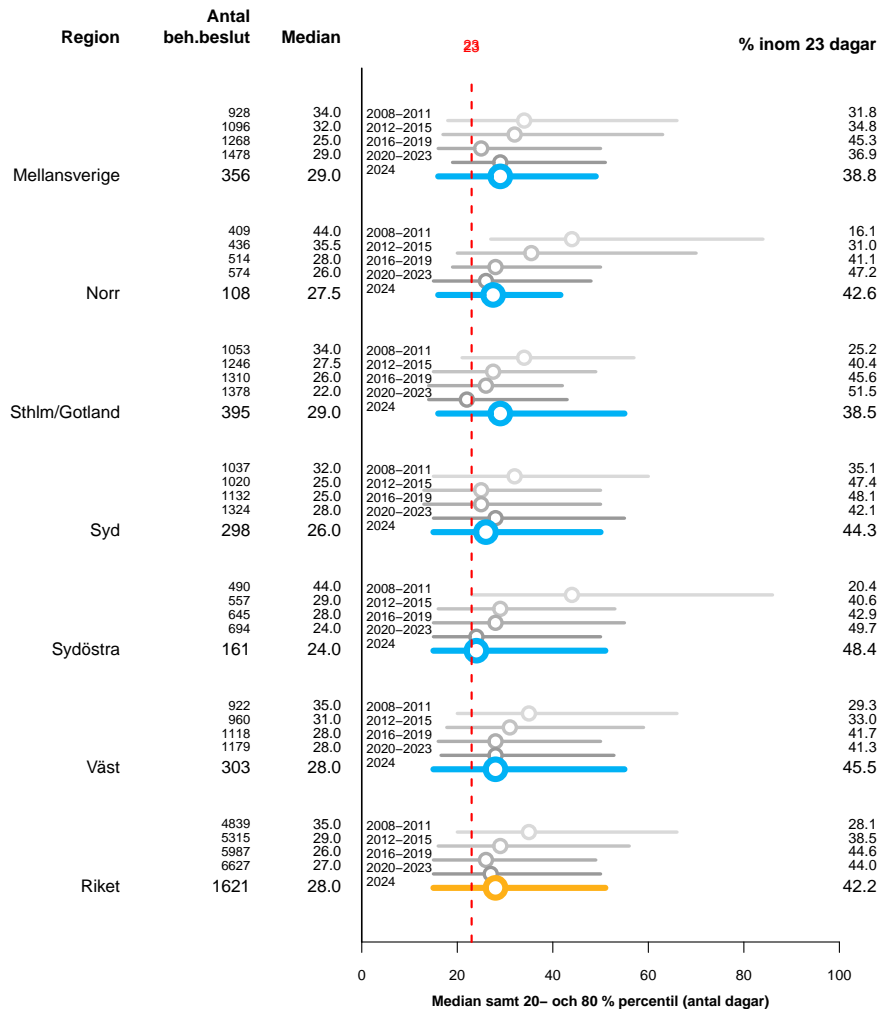
Statistiken för år 2024 måste tolkas med viss försiktighet på grund av varierande täckningsgrad för kirurgi- och onkologiblanketterna.

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 2024 förkortats med 7 dagar från 35 till 28. Skillnaden mellan regionerna är 5 dagar (29 till 24) för 2024. Målvärde i median enligt det nationella vårdprogrammet är 23 dagar (i median).

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 51 dagar år 2024 (figur 18).

Figur 18. Ledtid från remissankomst till behandlingsbeslut för patienter vars beslutsdatum för behandlingsbeslut var år 2008-2024.



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.

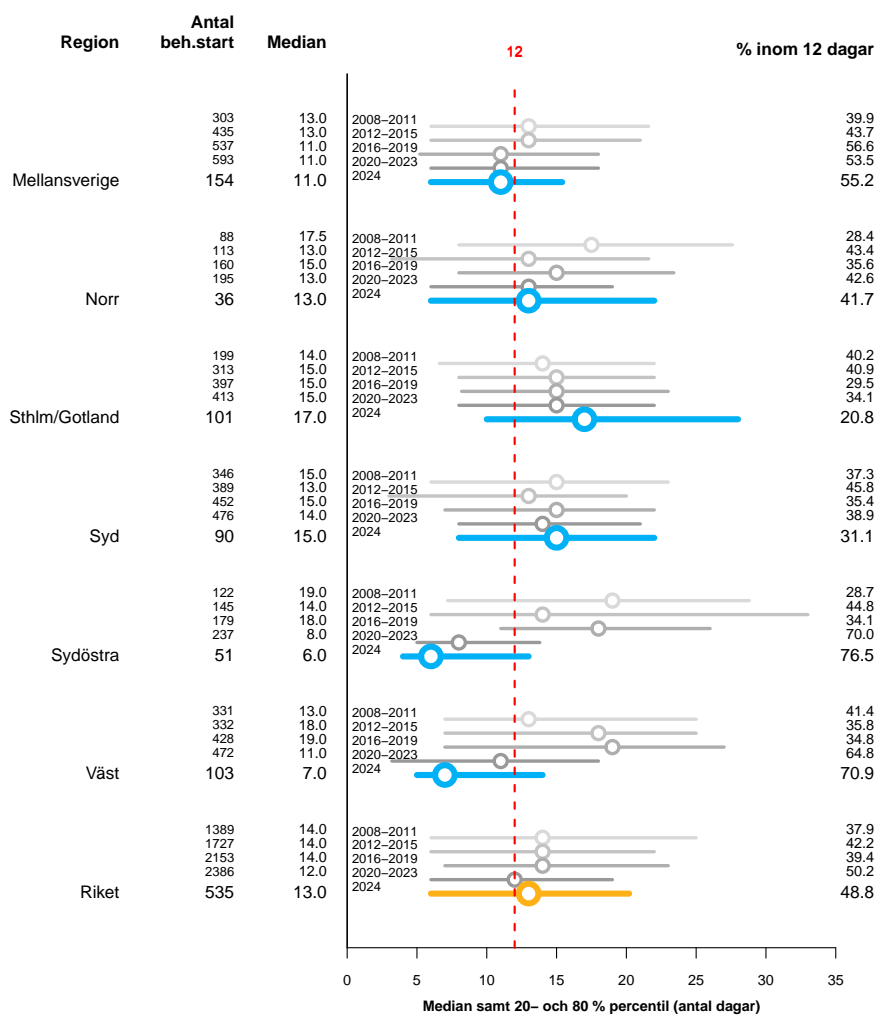
I vårdprogrammet är målvärdet avseende medianen från behandlingsbeslut till start av behandling 12 dagar då kirurgi är första behandling och 20 dagar då strålbehandling är första behandling. Samma målvärden gäller för SVF, men då avser det 80:e percentilen.

Statistiken för år 2024 måste tolkas med viss försiktighet på grund av varierande täckningsgrad för kirurgi- och onkologiblanketterna.

7.3 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när kirurgi är första behandling

Ledtiden för 2024 från behandlingsbeslut till start av kirurgi som första behandling varierar mellan regionerna och skillnaden är 11 dagar (6-17) för medianen. Flera regioner uppnådde den rekommenderade ledtiden på 12 dagar. Riksgenomsnittet, 2024, ligger 1 dag under målvärdet för vårdprogrammet, det vill säga 11 dagar. Cirka 49 % opereras inom SVF-målvärdet 12 dagar (figur 19).

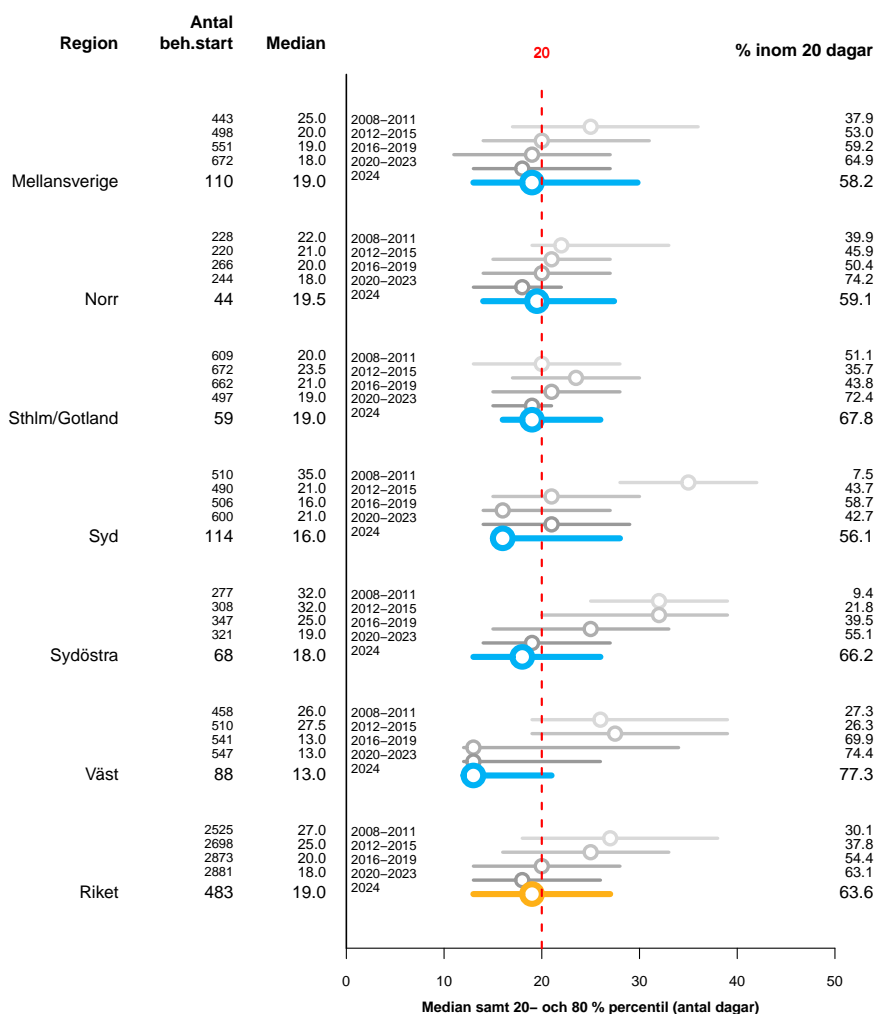
Figur 19. Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandlingen är kirurgi för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2024.



7.4 Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart när onkologisk behandling är första behandling

Över tid har ledtiderna har förbättrats påtagligt i alla regioner och ligger nu i genomsnitt i landet på 19 dagar för år 2024 dvs. under vårdprogrammets målvärde på 20 dagar, och 63 % strålbehandlas inom SVF-målvärdet 20 dagar. Ledtiderna 2024 visade skillnader mellan regionerna med 6.5 dagar (13-19.5) för medianen med kortast ledtid i region Väst, 13 dagar i median (figur 20).

Figur 20. Ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart när första behandling är onkologisk behandling för patienter som påbörjat sin behandling år 2008-2024.



7.5 Skillnader i ledtider mellan könen

Det är totalt fler män än kvinnor som drabbas av huvud-halscancer. Mediantiden från remissankomst till behandlingsbeslut var 28 dagar för kvinnor och 27 dagar för män under behandlingsbeslutsår 2024. Mediantiden från behandlingsbeslut till start av onkologisk behandling var 15.5 dagar för män och 19 dagar för kvinnor under behandlingsstartår 2024, medans motsvarande för start av kirurgisk behandling var 12 dagar för män och 13 dagar för kvinnor.

Statistiken för år 2024 måste tolkas med viss försiktighet på grund av varierande täckningsgrad för kirurgi- och onkologiblanketterna.

8 PREM OCH PROM

8.1 PREM

PREM (Patient Reported Experience Measures) introducerades som en del i registret från januari 2018 och genomfördes under tre år, 2018-2020. Alla patienter med nyupptäckt HH-cancer tillfrågades att besvara en PREM enkät. Enkäten skickades ut 4-6 månader efter diagnos och sista enkäten skickades ut juni 2021. Enkäten 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 cirka 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.

Enkätsvaren har analyserats för respektive år samt för alla tre åren både nationellt och per region. Resultaten finns publicerade på <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/kvalitetsregister>.

8.1.1 PREM 2018-2020

Nedanstående tabeller visar de nationella resultaten för några av frågorna i PREM enkäten för hela perioden, 2018-2020. Överlag är de flesta nöjda med vården men det finns områden med behov av förbättringsarbeten.

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)

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 har livskvaliteten vid cancer i munhåla, den största patientgruppen, undersökts. Patienten ombads besvara livskvalitetfrågeformulär, vid tre tillfällen under ett år. Under covid tillfrågades få patienter om att delta, då resurser delvis saknades för arbetsuppgiften, undersökningen avslutades februari 2024. De sista enkäterna skickades ut februari 2025 och resultaten ska nu sammanställas. Styrgruppen har nu beslutat att istället fortsätta med PROM för alla diagnoser av huvud-halscancer. Vår förhoppning är det ska leda till att fler patienter tillfrågas om att delta.

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 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 klinikkens tumörverksamhet.

I figur 22 visas ett exempel på ”Koll på läget” för år 2024. Alla åtgärder som är avslutade under 2024 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 2024. Därefter redovisas resultaten för indikatorerna. Längst ner visas definition för varje indikator (figur 21). 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 klinikkens 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.

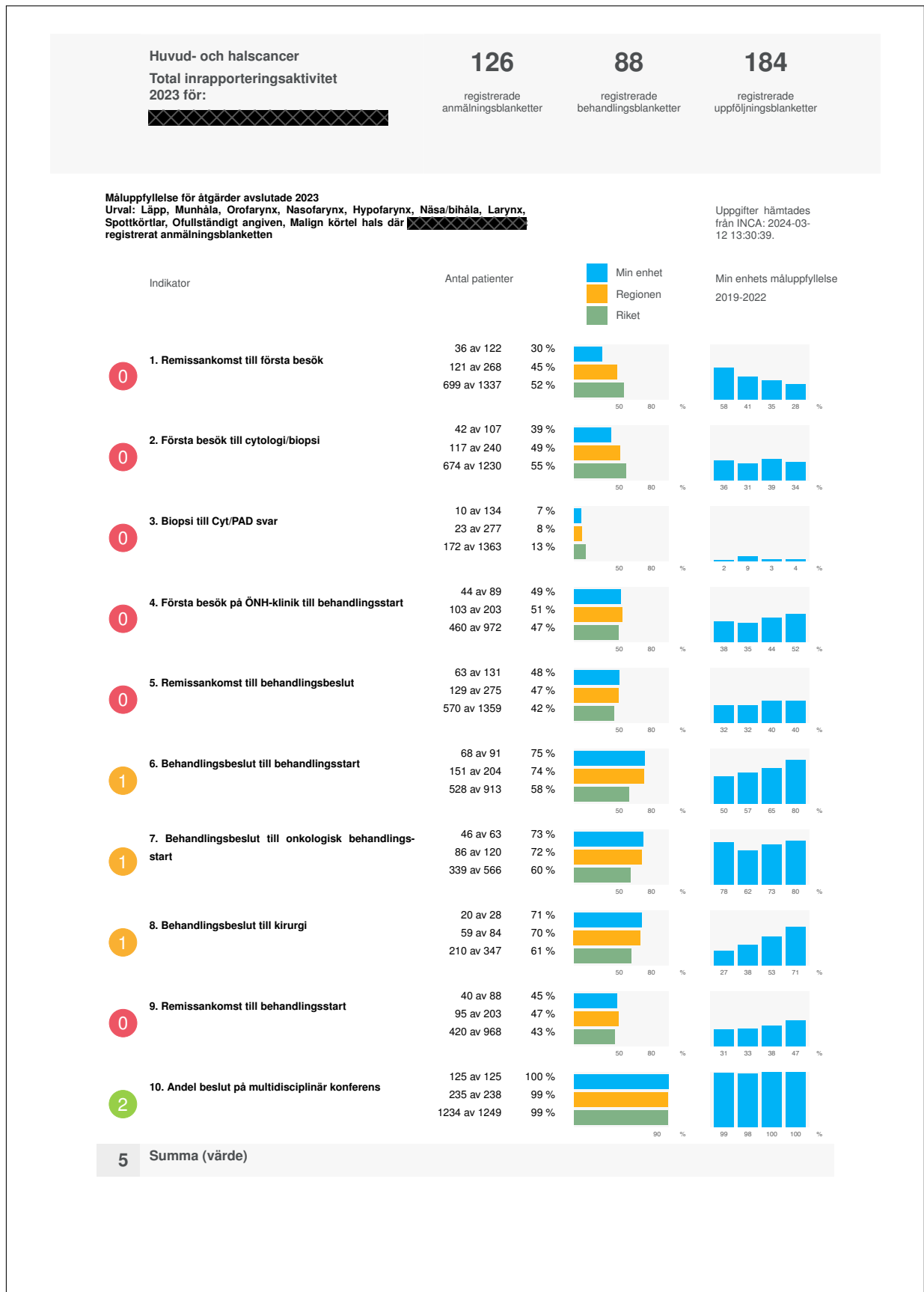
Figur 21. Definition av kvalitetsindikatorer för Koll på läget.

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 multidisciplinär 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	Antal patienter Antal patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåtts, av totalt antal patienter som hittills rapporterats.
2 Hög nivå: över övre gränsnivå	Min Enhet/Regionen/Riket Andel patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåtts. Vertikala strecken visar nedre och övre gränsnivå
1 Mellannivå: mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå	Min enhets måluppfyllelse Enhets historiska måluppfyllelse de föregående fyra åren
0 Låg nivå: nedan nedre gränsnivå	

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

Figur 22. "Koll på läget" för ett sjukhus, åtgärder som avslutats 2023.



11 ÖPPEN REDOVISNING

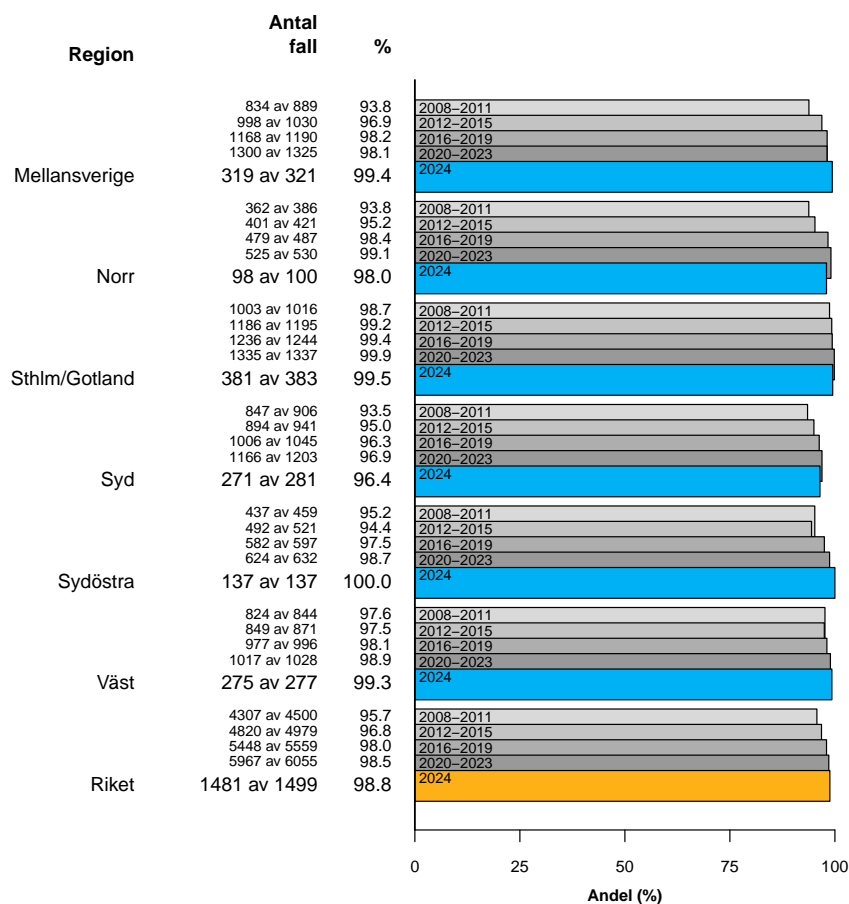
Det finns en öppen interaktiv onlinerapport med data från Nationellt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) som nås via www.cancercentrum.se eller direkt via <https://statistik.incanet.se/Huvud-hals/>. I denna rapport kan läsaren själv skraddarsy rapporter med utvald information. Läsaren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

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 på hemorten, i enlighet med det nationella vårdprogrammet och är därför exkluderad ur nedanstående redovisning.

Från 2008-2023 diskuterades 95-98 % av alla nypuptäckta huvud-halscancerfall på MDK och för år 2024 97 %. Det föreligger en mycket liten skillnad mellan regionerna i andelen patienter som fick sin behandlingsrekommendation på MDK under 2024 (figur 23).

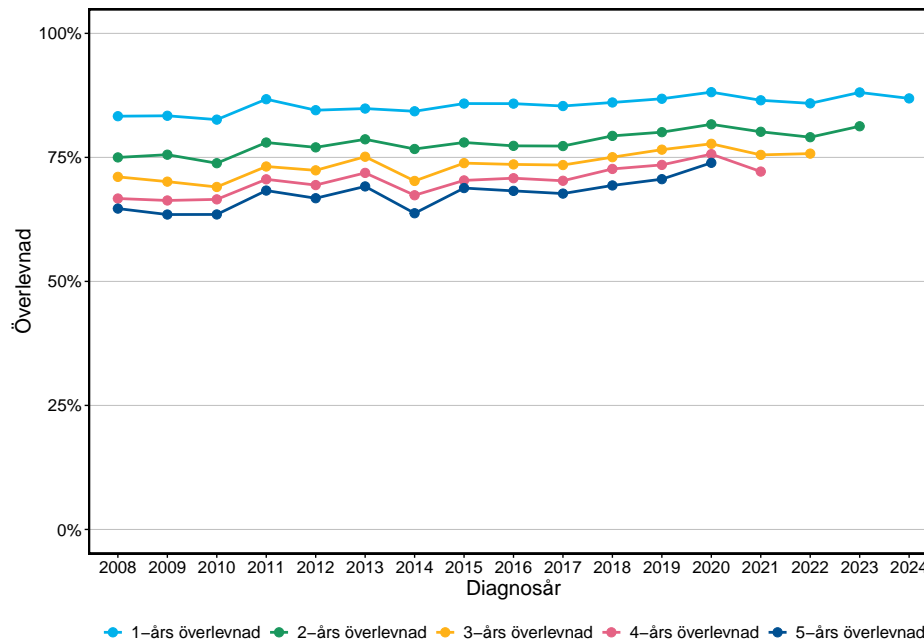
Figur 23. Andel behandlingsbeslut tagna vid multidisciplinär konferens behandlingsbeslutår 2008-2024, diagnosgrupp läppcancer är exkluderad.



13 ÖVERLEVNAD

Den relativa 5-årsöverlevnaden för all huvud- och halscancer för hela tidsperioden 2008-2024 var 68 % (95 % KI: 68 %-69 %). Den observerade 5-årsöverlevnaden var 60 % (95 % KI: 60 %-61 %). I figur 24 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 74 % år 2020.

Figur 24. Relativ överlevnad per diagnosår för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.



För startår och slutår i figur 24 är de årsvisa relativa överlevnadssiffrorna:

1 år: 83.3 % (81.1-85.6) år 2008 till 86.9 % (84.6-89.3) år 2024

2 år: 75.0 % (72.3-77.7) år 2008 till 81.3 % (78.8-83.8) år 2023

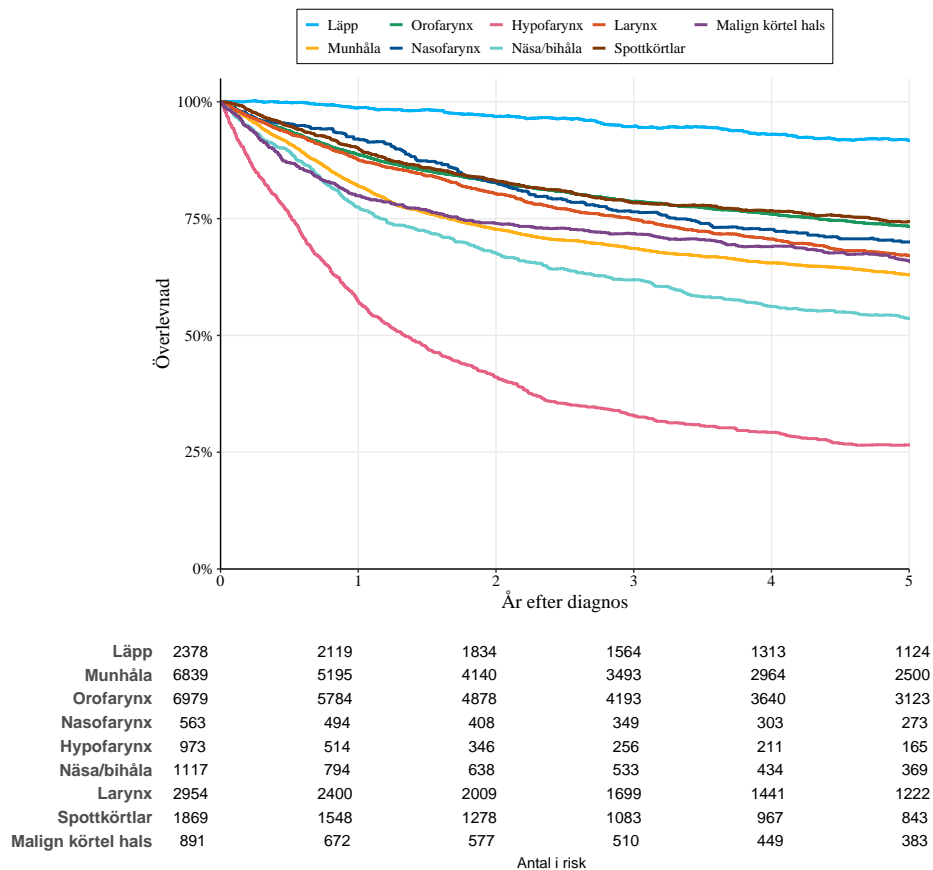
3 år: 71.1 % (68.2-74.0) år 2008 till 75.8 % (73.2-78.4) år 2022

4 år: 66.7 % (63.7-69.9) år 2008 till 72.1 % (69.4-75.0) år 2021

5 år: 64.7 % (61.6-68.0) år 2008 till 73.9 % (71.1-76.8) år 2020

Relativ överlevnad per diagnosgrupp redovisas i figur 25. Läppcancer har bäst relativ 5-årsöverlevnad (92 %), följt av spottkörtelcancer (74 %) och orofarynxcancer (73 %). Överlevnaden för nasofarynxcancer är 70 %, larynxcancer 67 %, malign körtel på halsen 66 %, munhålecancer 63 % samt näs- och bihålecancer 54 %. Överlevnaden för hypofarynxcancer är lägst, 27 %. (tabell 7).

Figur 25. Relativ överlevnad för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024. Totalt ingår 24565 patienter i överlevnadsanalysen.



Tabell 7. Relativ 5-års överlevnad per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024.

Diagnosgrupp	Relativ 5-års överlevnad % (95 % KI)
Läpp	92 (89 - 94)
Munhåla	63 (62 - 64)
Orofarynx	73 (72 - 75)
Nasofarynx	70 (66 - 75)
Hypofarynx	27 (24 - 30)
Näsa/bihåla	54 (50 - 57)
Larynx	67 (65 - 69)
Spottkörtlar	74 (72 - 77)
Malign körtel hals	66 (62 - 70)

14 INDIKATORER

Under 2024 beslutade styrgruppen för kvalitetsregistret att införa två nya kvalitetsindikatorer. Samtliga indikatorer kommer att redovisas, förutom i kvalitetsregistret, även i NVP för HH-cancer, ViS samt i den interaktiva publika rapporten på hemsidan som är öppen för alla.

Observera att dessa indikatorer, bortsett från andel tumörfria och andel recidiv inom tre år, redovisas även i andra delar av årsrapporten.

Indikator	Målnivå
Processindikatorer	
Ledtid från remissankomst till MDK	medianvärde: 23 dagar
Ledtid från MDK till kirurgisk behandling	medianvärde: 12 dagar
Ledtid från MDK till onkologisk behandling	medianvärde: 20 dagar
Registrets täckningsgrad gentemot Cancerregistret	>97%
Andel behandlingsbeslut på MDK	>95%
Andel patienter som varit på tumörkontroll	>95%
Resultatindikatorer	
Relativ 5-årsöverlevnad	70%
Andel tumörfria efter avslutad kurativ primär behandling	>90%
Andel recidiv tre år efter diagnos efter varit tumörfri	<20%

14.1 Processindikatorer

14.1.1 Ledtider

För de tre processindikatorerna, som gäller ledtider, hänvisar vi till sidor och figurer som anges nedan. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de tre ledtiderna, leddiden från remissankomst till behandlingsbeslut, leddid från behandlingsbeslut till behandlingsstart kirurgi samt leddid från behandlingsbeslut till behandlingsstart onkologi, har förbättrats över tid. År 2024 uppfylldes målsättningen för leddid från MDK till start av onkologisk behandling.

Indikator	Målnivå	Hänvisning
Ledtid från remissankomst till MDK	medianvärde: 23 dagar	sida 20, figur 18
Ledtid från MDK till kirurgisk behandling	medianvärde: 12 dagar	sida 21, figur 19
Ledtid från MDK till onkologisk behandling	medianvärde: 20 dagar	sida 22, figur 20

14.1.2 Registrets täckningsgrad gentemot Cancerregistret, målsättning: >97%

Täckningsgraden gentemot Cancerregistret har varit mycket bra och målnivån har uppnåtts alltsedan registret startade. För ytterligare information, se figur 8, sida 7. Målnivån har uppnåtts även för 2024 men kan komma att förbättras något då det finns en viss eftersläpning i inrapporteringen.

14.1.3 Behandlingsbeslut på MDK, målsättning: >95%

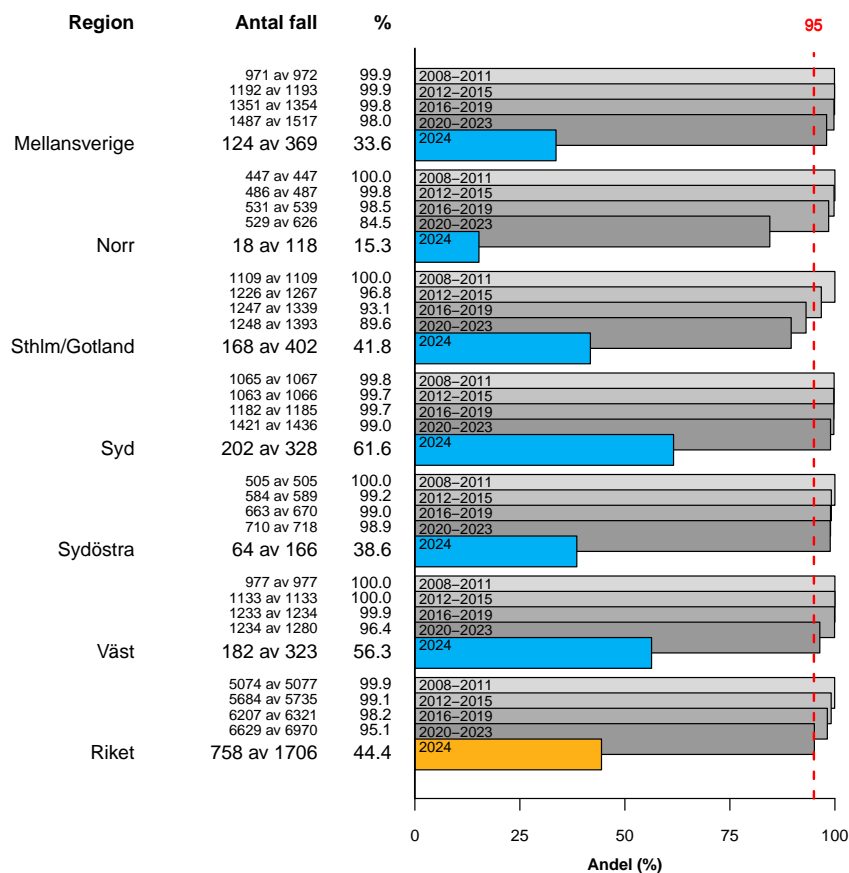
Indikatorn behandlingsbeslut på MDK gäller all nyupptäckt huvud-halscancer med undantag för liten läppcancer (T1). Den höga målsättningen, att 95% ska diskuteras på MDK har uppnåtts över tid nationellt men vid enstaka tillfällen har några regioner legat strax under 95%. För ytterligare information, se figur 23, sida 29. För 2024 klarar samtliga regioner målsättningen.

14.1.4 Andel patienter som varit på tumörkontroll, målsättning >95%

Sett över tid varierar andelen patienter som varit på tumörkontroll men en trend i samtliga regioner är att målsättningen har nåtts 2008-2011 samt 2012-2019 medan andelen uppföljda fall varierar mer mellan regionerna år 2016-2019. Under den sistnämnda tidsperioden har 95.1%-95.1% gjort

åtminstone en tumörkontroll. En viss del av försämringen kan sannolikt förklaras av bristande inrapportering, dvs. att patienterna har varit på kontroll men att det hittills inte rapporterats in till registret. För år 2024 är siffrorna betydligt sämre, nationellt har enbart 44.4% en inrapporterad tumörkontroll men också här beror det sannolikt än mer på bristande inrapportering. Varje år görs, enligt ett årshjul, påminnelser till verksamheterna när tumörkontroller saknas. Sena inrapporteringar beror oftast på bristande resurser och vi planerar att lyfta frågan i styrgruppen, ute i verksamheterna och på inrapportörsmöten.

Figur 26. Andel patienter som har minst en registrerad uppföljning, diagnosår 2008-2024.

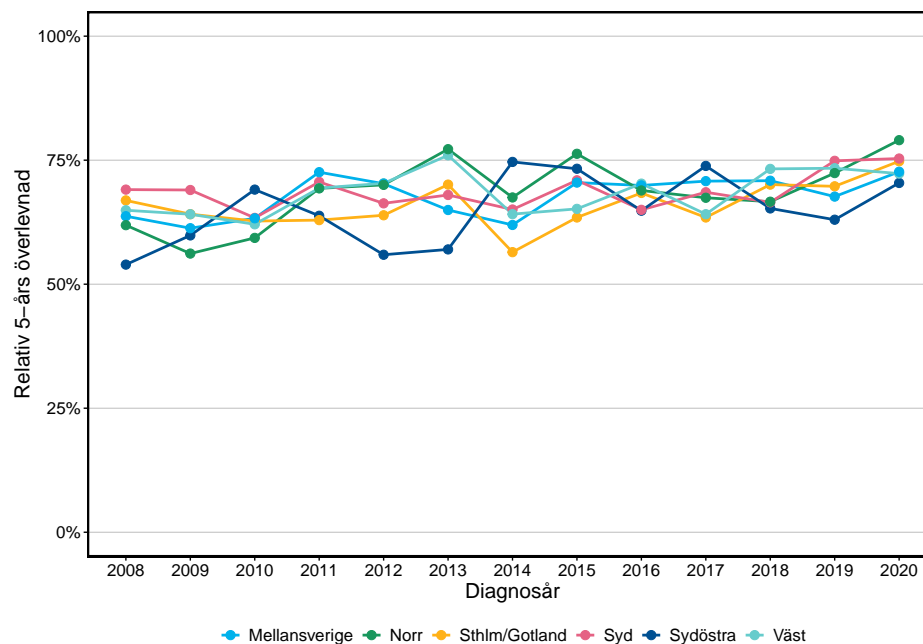


14.2 Resultatindikatorer

14.2.1 Relativ 5-årsöverlevnad, målsättning 70%

Över tid har den relativa 5-års överlevnaden ökat, år 2008 var den 64.7 % och år 2020, 73.9 %. För hela perioden 2008-2024 är den relativa 5-års överlevnaden 68 %. I figur 27 nedan presenteras den relativa 5-års överlevnaden över tid, per region. Några signifikanta skillnader ses ej och över tid ter det sig som om spridningen har minskat. Överlevnad är emellertid vanskligt att jämföra över tid eftersom den delvis beror på fördelningen mellan de nio tumörlokalerna (5-års överlevnaden fördelad på tumörlokal varierar mellan 27-92%, där hypofarynx och läppcancer står för respektive extrem), samt på i vilket stadium en huvud-halscancer upptäcks.

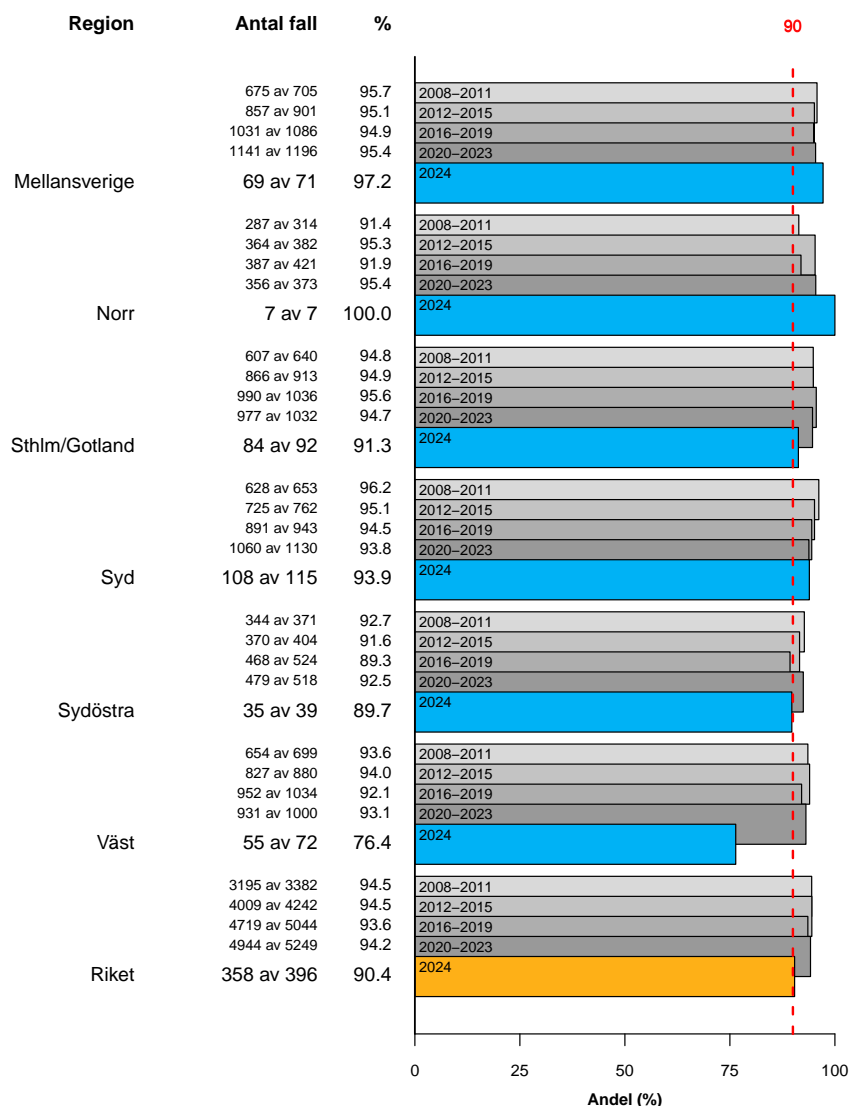
Figur 27. Relativ 5-års överlevnad per diagnosår och region för patienter med huvud- och halscancer rapporterade till SweHNCR.



14.2.2 Andel tumörfria efter avslutad kurativ primärbehandling, målsättning >90%

Indikatorn andel tumörfria efter avslutad kurativ primär behandling är ny och målsättningen är att mer än 90% av de som behandlas med kurativ intention ska vara tumörfria efter det att den primära behandlingen är avslutad. Över tid har målsättningen uppnåtts nationellt och cirka 94% har blivit tumörfria efter sin primära behandling. Målsättningen har även uppnåtts över tid i regionerna, förutom något enstaka undantag. Resultaten för 2024 kommer sannolikt förändras något när inrapporteringen mer komplett.

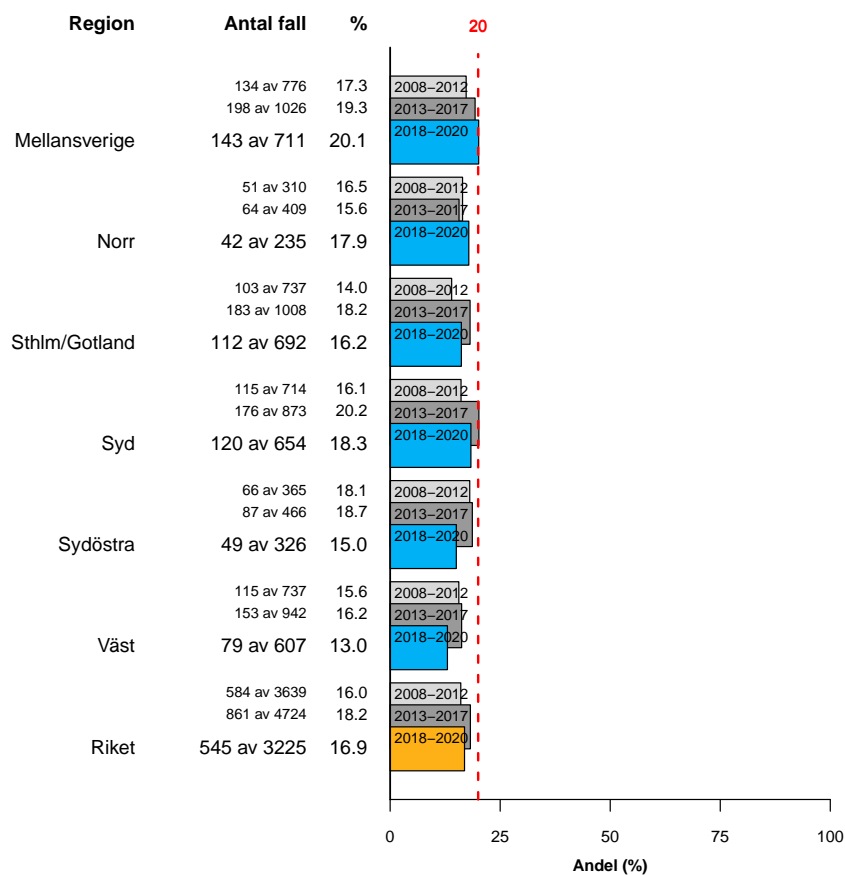
Figur 28. Andel som blir tumörfria efter primärbehandling bland kurativt behandlade patienter där uppföljning skett minst 6 månader efter diagnos. Diagnosår 2024 exkluderas 74 % till stor del då 6 månader från diagnos ej förlutit samt då man ännu inte hunnit rapportera in information till registret. Gruppen "Ej bedömbart om tumörfri efter primärbehandling" räknas till gruppen som ej blivit tumörfri.



14.2.3 Andel recidiv inom tre år efter tumörfrihet, målsättning <20%

En ny indikator är andel recidiv inom tre år efter diagnos, efter det att patienten varit tumörfri. Målsättningen är att mindre än 20% ska drabbas av recidiv inom tre år. Sett över tid (2008-2020) är andelen recidiv nationellt under 20% (16-17.5%). Det finns mindre regionala skillnader och under några enstaka tidsperioder ligger andelen recidiv strax över 20%, (20.2-21.1%), vilket bedöms vara en icke signifikant skillnad som möjligen kan förklaras av att fördelningen av tumörlokalerna mellan regionerna skiljer sig åt.

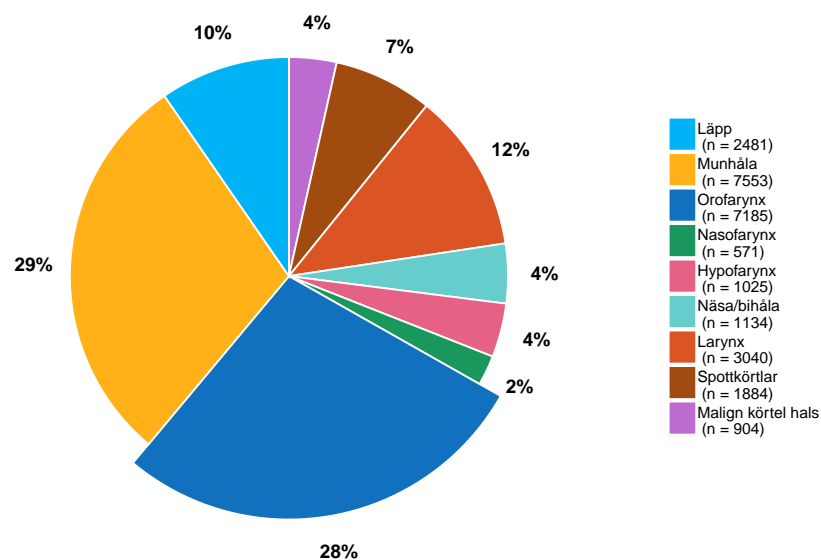
Figur 29. Andel recidiv inom 3 år bland kurativa patienter som blivit tumörfria och som följts i minst 3 år alternativt fått recidiv inom 3 år. För de tre diagnosperioderna exkluderas 13 %, 13 % och 16 % av de tumörfria patienterna, respektive, då de varken erhållit recidiv inom 3 år eller blivit uppföljda minst 3 år efter diagnos. Sista året 2020 exkluderas en stor andel patienter pga information ej ännu inrapporterad.



15 OROFARYNX

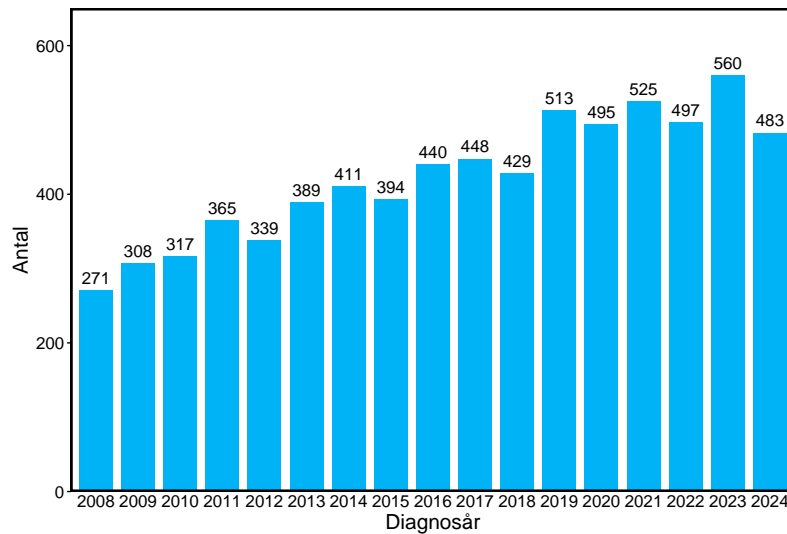
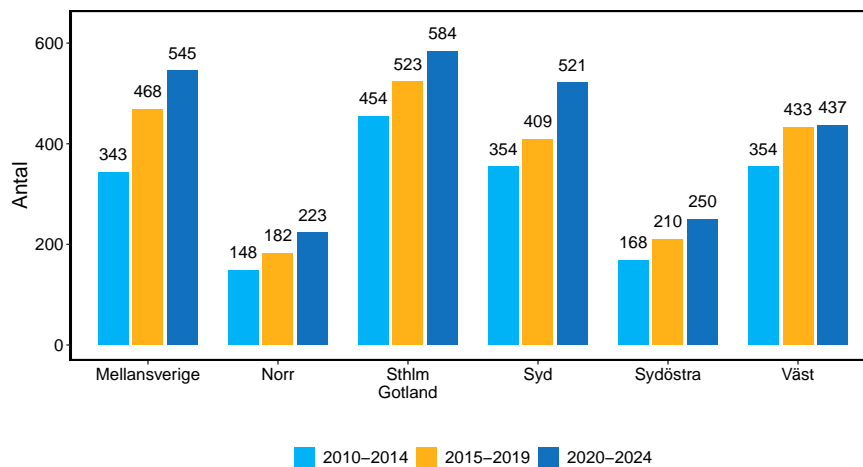
Orofarynxcancer (cancer i mellansvalget) är den näst största diagnosgruppen av huvud-halscancer i Sverige, och utgör 27.8 % av alla patienter i SweHNCR. Totalt har 7184 patientfall med orofarynxcancer registrerats under perioden 2008-2024 (figur 30).

Figur 30. Andel per diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024. n = 25809



15.1 Antal fall och täckningsgrader

Varje år diagnostiseras i genomsnitt 423 nya fall av orofarynxcancer. Antalet fall av orofarynxcancer i Sverige som registrerats per år i SweHNCR visas i figur 31, och antalet fall per region, fördelat på tre olika tidsperioder, visas i figur 32. Täckningsgraden för orofarynxcancer i registret gentemot cancerregistret är cirka 100 %.

Figur 31. Antal nya fall av orofaryncancer i SweHNCR, diagnosår 2008-2024.**Figur 32.** Antal nya fall av orofaryncancer i SweHNCR per region, diagnosår 2010-2024.

15.2 Lokalisation

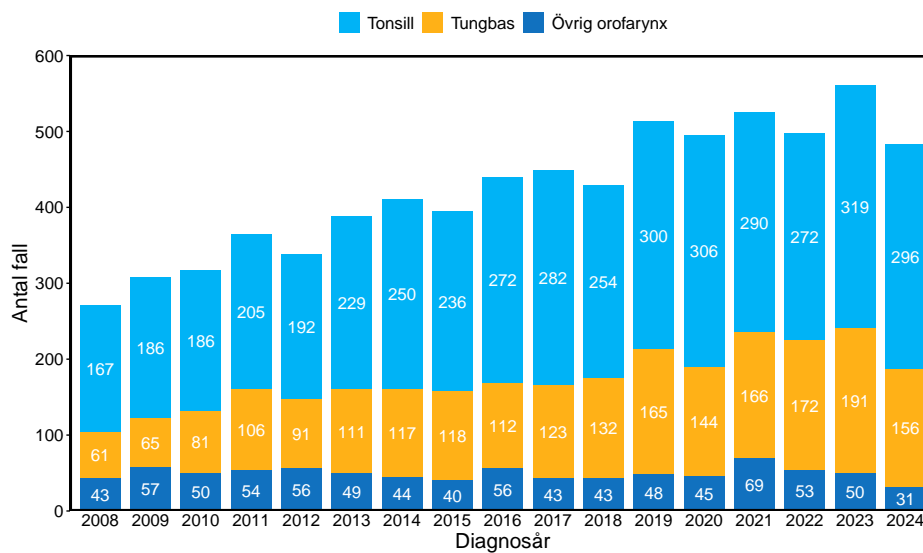
Tabell 8. Antal och andel fall av orofaryncancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024.

	Antal (%)
Lokalisation	
Tonsill (C09)	4242 (59)
Tungbas (C01)	2111 (29.4)
Övrig orofarynx	831 (11.6)
Totalt	7184 (100)

Tabell 9. Antal och andel fall av övrig orofarynxcancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024. Lokalisationer med färre än 5 patienter presenteras inte.

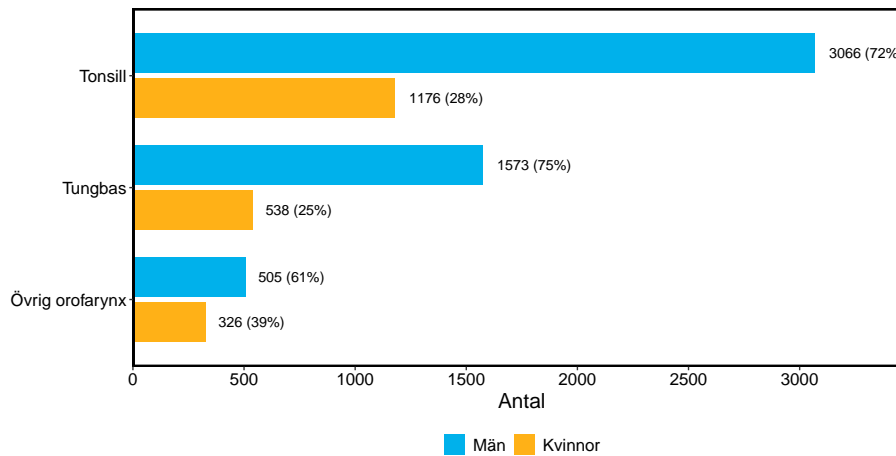
Lokalisation	Antal (%)
Bakre väggen av orofarynx (C10.3)	97 (11.7)
Gomtumör med övergripande växt (C05.8)	32 (3.9)
Icke specificerad lokalisation i gommen (C05.9)	34 (4.1)
Icke specificerad lokalisation i orofarynx (C10.9)	97 (11.7)
Lateral väggen av orofarynx (C10.2)	76 (9.1)
Malign tumör i vallecula (C10.0)	65 (7.8)
Mjuka gommen (C05.1)	251 (30.2)
Orofarynx övergripande växt (C10.8)	124 (14.9)
Uvula (C05.2)	54 (6.5)

Figur 33. Antal fall per diagnosgrupp och diagnosår, diagnosår 2008-2024.



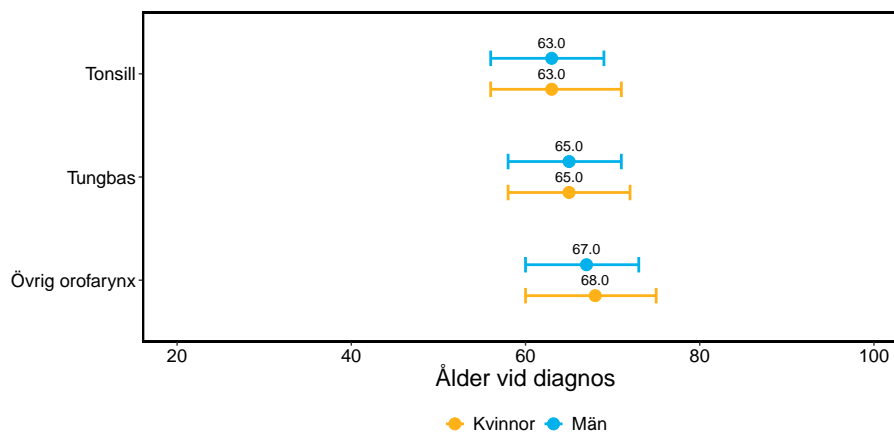
15.3 Kön

Figur 34. Antal fall per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.



15.4 Ålder

Figur 35. Ålder vid diagnos per diagnosgrupp och kön, diagnosår 2008-2024.



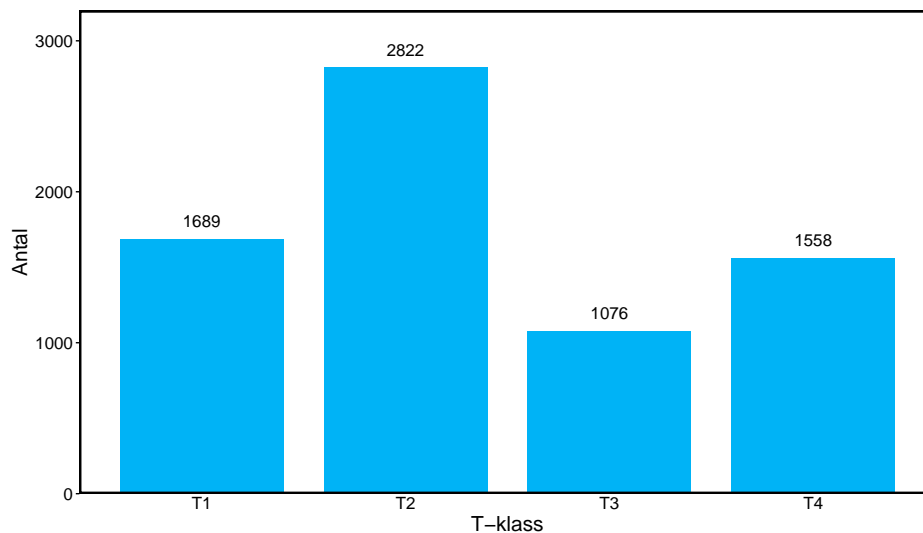
Figuren visar 25%, 50% och 75% percentiler

15.5 TNM-klassifikation och stadium

Under perioden 2018-2021 registrerades tumörstadium parallellt enligt både TNM 7 och TNM 8. Samtliga registreringar finns med i tabeller och figurer som visar tumörstadium enligt TNM7 och TNM8 respektive. I de figurer och tabeller där de redovisas gemensamt under benämningen TNM, redovisas i första hand TNM8 och i andra hand TNM7.

Tabell 10. Antal och andel fall av orofarynxcancer per T-klass diagnosår 2008-2024. ¹

	Antal (%)
T-klass	
T1	1689 (23.5)
T2	2822 (39.3)
T3	1076 (15)
T4	1558 (21.7)
Saknas	39 (0.5)
Totalt	7184 (100)

Figur 36. Antal fall per T-klass för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2024. Uppgifter saknas för 39. n = 7184. ¹**Tabell 11.** Distribution av N-klassificering hos patienter med orofarynxcancer, stratifierat efter HPV-analys (p16-immunhistokemi), diagnosår 2008-2024.¹

	p16+	p16-	p16 okänd	Totalt
N-klass				
N0	545 (15.8)	246 (35.1)	798 (26.4)	1589 (22.1)
N+	2902 (83.9)	447 (63.8)	2209 (73.0)	5558 (77.4)
Saknas	11 (0.3)	8 (1.1)	18 (0.6)	37 (0.5)
Totalt	3458 (100.0)	701 (100.0)	3025 (100.0)	7184 (100.0)

Tabell 12. Distribution av M-klassificering hos patienter med orofarynxcancer, stratifierat efter HPV-analys (p16-immunhistokemi), diagnosår 2008-2024. ¹

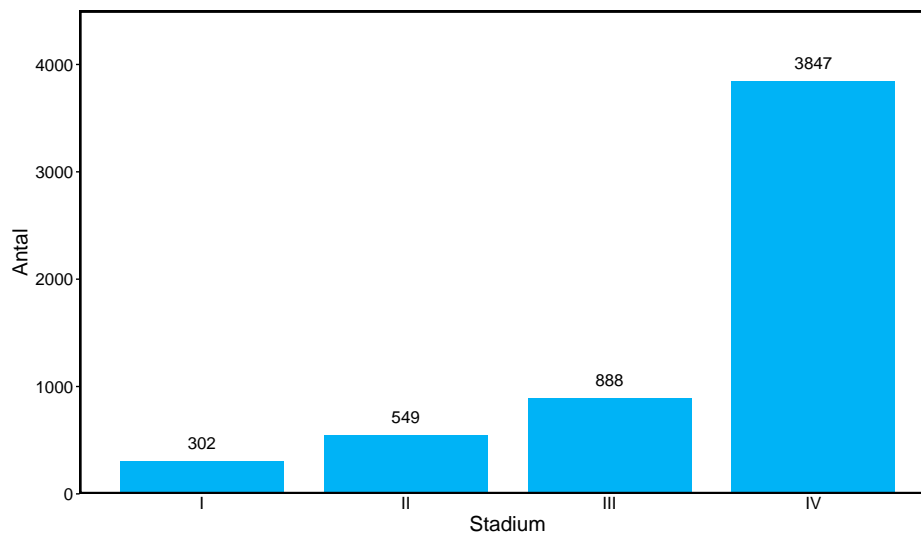
	p16+	p16-	p16 okänt	Totalt
M-klass				
M0	3376 (97.6)	663 (94.6)	2931 (96.9)	6970 (97.0)
M1	69 (2.0)	31 (4.4)	76 (2.5)	176 (2.4)
Saknas	13 (0.4)	7 (1.0)	18 (0.6)	38 (0.5)
Totalt	3458 (100.0)	701 (100.0)	3025 (100.0)	7184 (100.0)

Tabell 13. Antal och andel fall av orofarynxcancer per TNM7-stadium, diagnosår 2008-2021. ²

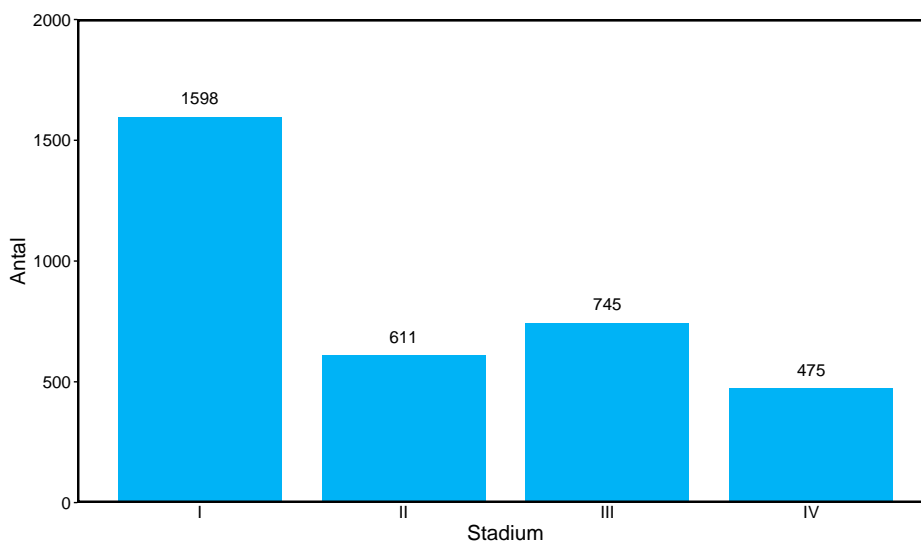
Stadium	Antal (%)
I	302 (5.4)
II	549 (9.7)
III	888 (15.7)
IV	3847 (68.2)
Saknas	58 (1)
Totalt	5644 (100)

Tabell 14. Antal och andel fall av orofarynxcancer per TNM8-stadium, diagnosår 2018-2024. ²

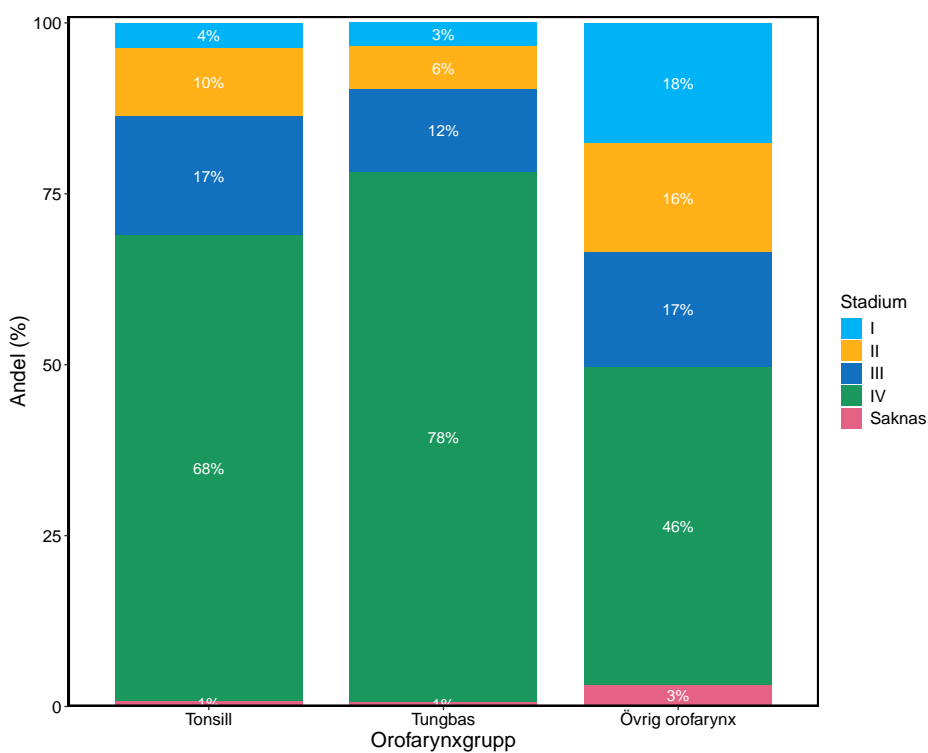
Stadium	Antal (%)
I	1598 (45.6)
II	611 (17.4)
III	745 (21.3)
IV	475 (13.6)
Saknas	73 (2.1)
Totalt	3502 (100)

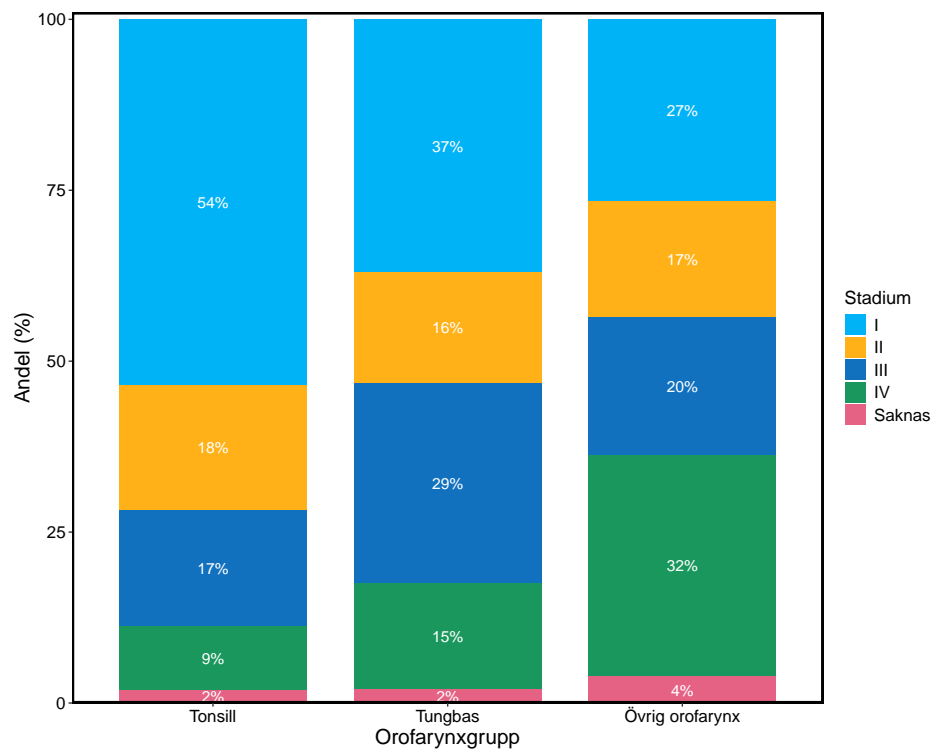
Figur 37. Antal fall per stadium enligt TNM7 för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2021. Uppgifter saknas för 58. n = 5644. ²

Figur 38. Antal fall per stadium enligt TNM8 för orofarynxcancer i SweHNCR 2018-2024. Uppgifter saknas för 73. n = 3502 ²



Figur 39. Stadiumfördelning (TNM7) per lokal för orofarynxcancer i SweHNCR 2008-2021. n = 5644. ²



Figur 40. Stadiumfördelning (TNM8) per lokal för orofarynxcancer i SweHNCR 2018-2024. n = 3502.²

15.6 Histopatologi

Tabell 15. Antal och andel fall av orofarynxcancer per morfologisk diagnosgrupp, diagnosår 2008-2024.

	Antal (%)
Morfologi	
Acinic cell cancer	11 (0.2)
Adenocarcinom	75 (1)
Adenoid-cystisk cancer	53 (0.7)
Annan cancerform	53 (0.7)
Lymfoepiteliom, Schminketumör	8 (0.1)
Malignt slemhinmemelanom	2 (0)
Mukoepidermoid cancer	42 (0.6)
Odifferentierad cancer	16 (0.2)
Skivepitelcancer	6915 (96.3)
Uppgift saknas	9 (0.1)
Totalt	7184 (100)

¹I de fall där TNM8 finns rapporteras detta, annars rapporteras TNM7.

²Under perioden 2018-2021 registrerades tumörstadium parallellt enligt både TNM 7 och TNM 8. Samtliga registreringar finns med i tabellen/figuren.

Tabell 16. Antal och andel skivepitelcancer per lokalisation, diagnosår 2008-2024.

	Tonsill	Tungbas	Övrig orofarynx
Morfologi			
Skivepitelcancer	4181 (98.6)	2039 (96.6)	695 (83.6)
p16+	2063 (49.3)	1259 (61.7)	110 (15.8)
p16-	239 (5.7)	268 (13.1)	180 (25.9)
p16 okänt	1879 (44.9)	512 (25.1)	405 (58.3)
Ej Skivepitelcancer	55 (1.3)	69 (3.3)	136 (16.4)
Uppgift saknas	6 (0.1)	3 (0.1)	0 (0)
Totalt	4242 (100)	2111 (100)	831 (100)

15.7 Rökvanor

Tabell 17. Antal och andel fall av orofarynxcancer per rökvanor, diagnosår 2013-2024.

	Antal (%)
Rökvanor	
Aldrig rökare (eller endast feströkt)	1967 (35.2)
Före detta rökare (rökfri mer än ett år)	1650 (29.5)
Rökare (daglig rökning under minst ett år)	1258 (22.5)
Uppgift saknas	709 (12.7)
Totalt	5584 (100)

Uppgift om rökvanor infördes i registret 2013.

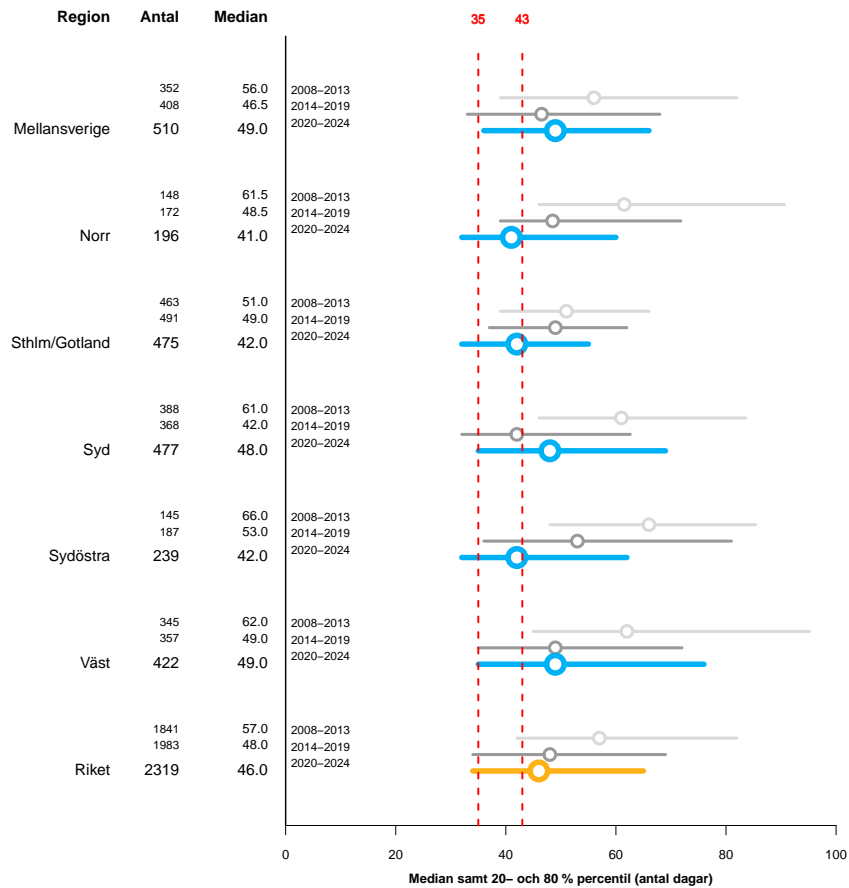
15.8 Performance status enligt ECOG/WHO

Tabell 18. Antal och andel fall av orofarynxcancer per performance status enligt ECOG/WHO, diagnosår 2008-2024.

	Antal (%)
WHO-status	
0	5313 (74)
1	827 (11.5)
2-4	662 (9.2)
Okänt	382 (5.3)
Totalt	7184 (100)

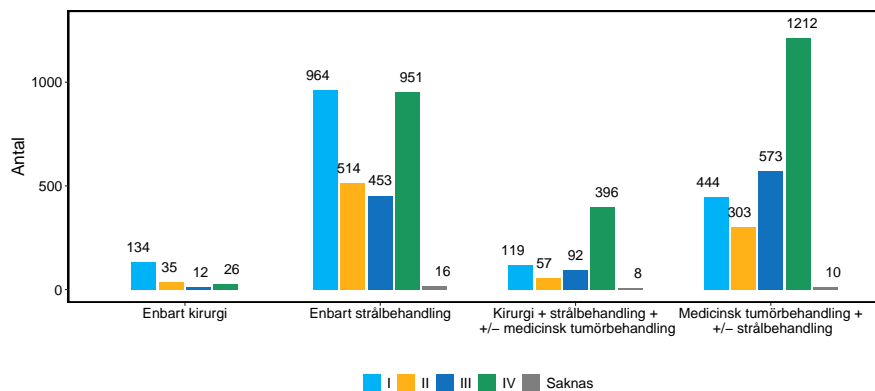
15.9 Ledtider

Figur 41. Ledtid från remiss till behandlingsstart för orofarynxcancer i SweHNCR, uppdelat per region, diagnosår 2008-2024. Målnivå enligt standardiserat vårdförlopp är mediantid på 35 och 43 dagar från remiss till kirurgisk och onkologisk behandling, respektive.

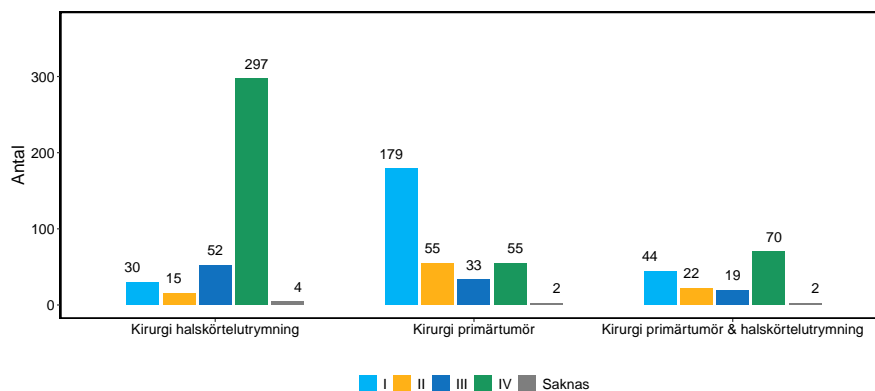


15.10 Given behandling

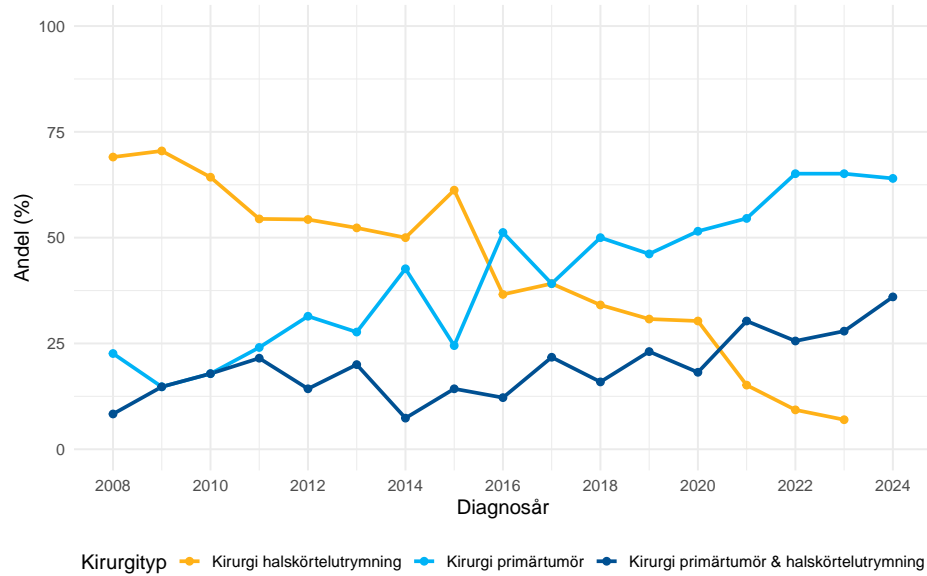
Figur 42. Given behandling för patienter med orofarynxcancer och kurativt syftande behandling, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=6319



Figur 43. Primär kirurgi av tumör respektive halskörtelutrymning vid orofarynxcancer, i kurativt syftande behandling som inkluderar kirurgi, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=879

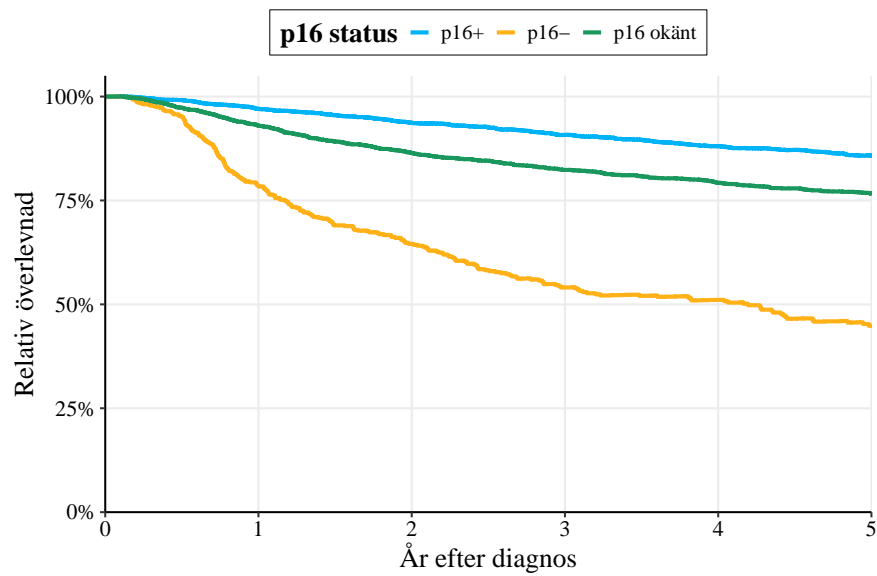


Figur 44. Andel primär kirurgi av tumör respektive halskörtelutrymning vid orofarynxcancer, i kurativt syftande behandling som inkluderar kirurgi, uppdelat per stadium, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar registrerad behandling exkluderas. n=879



15.11 Överlevnad

Figur 45. Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per p16 status, diagnosår 2008-2024. n = 6255

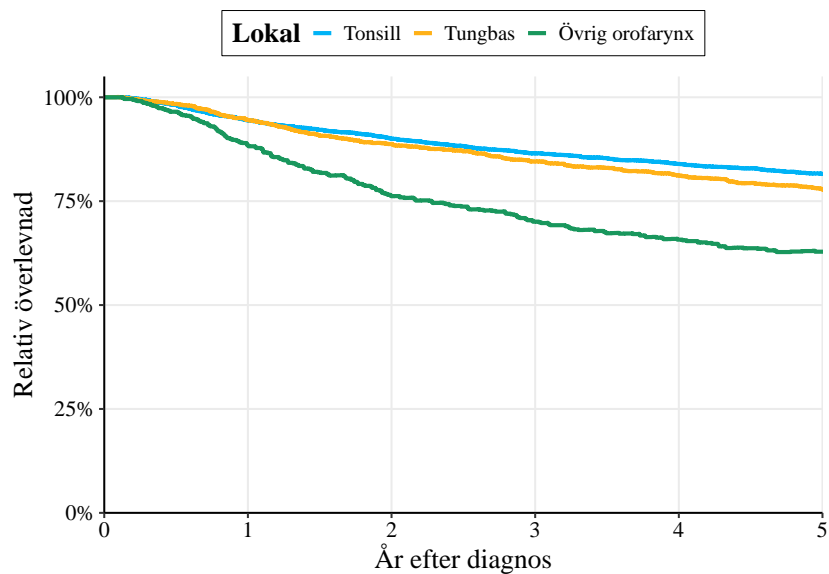


p16+	3091	2785	2304	1888	1514	1151
p16-	481	352	252	176	137	96
p16 okänt	2683	2455	2238	2090	1967	1863
						Antal i risk

Tabell 19. Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per p16 status, diagnosår 2008-2024.

År efter diagnos	p16+	p16-	p16 okänt
1	97 (96 - 98)	79 (75 - 82)	93 (92 - 94)
3	91 (89 - 92)	54 (49 - 59)	82 (81 - 84)
5	86 (84 - 88)	45 (40 - 51)	77 (75 - 79)

Figur 46. Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal, diagnosår 2008-2024.
n = 6255

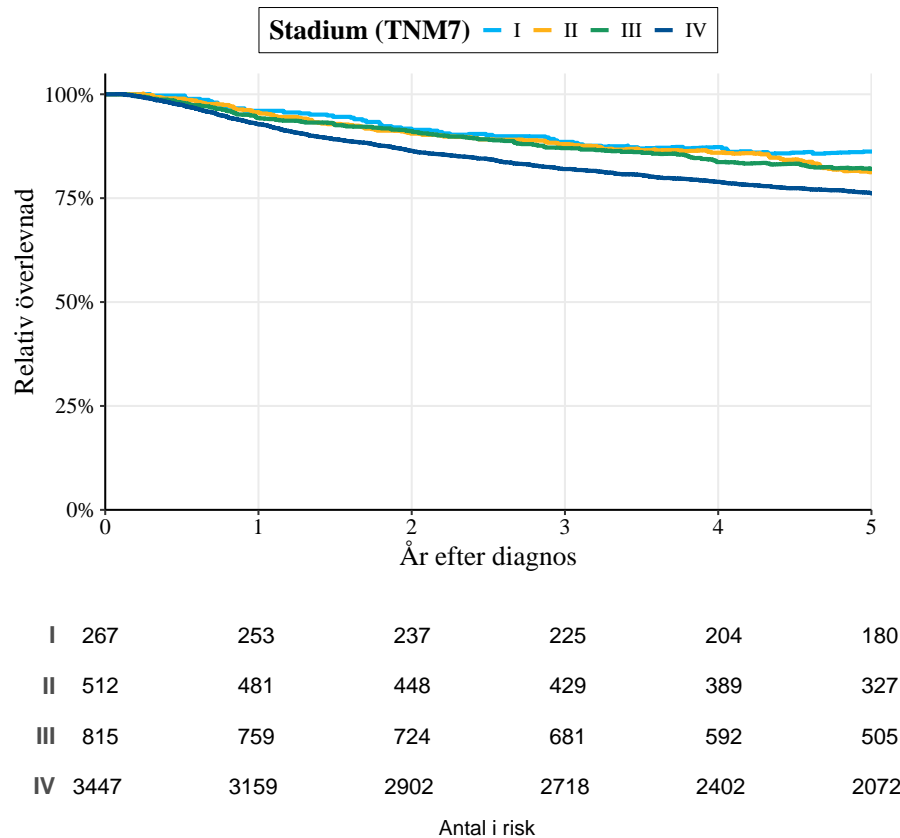


Tonsill	3810	3416	2990	2621	2308	1997
Tungbas	1823	1647	1380	1180	1009	855
Övrig orofarynx	622	529	424	353	301	258
	Antal i risk					

Tabell 20. Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal, diagnosår 2008-2024.

År efter diagnos	Tonsill	Tungbas	Övrig orofarynx
1	94 (94 - 95)	95 (93 - 96)	88 (86 - 91)
3	86 (85 - 88)	85 (83 - 87)	70 (66 - 74)
5	82 (80 - 83)	78 (75 - 80)	63 (59 - 67)

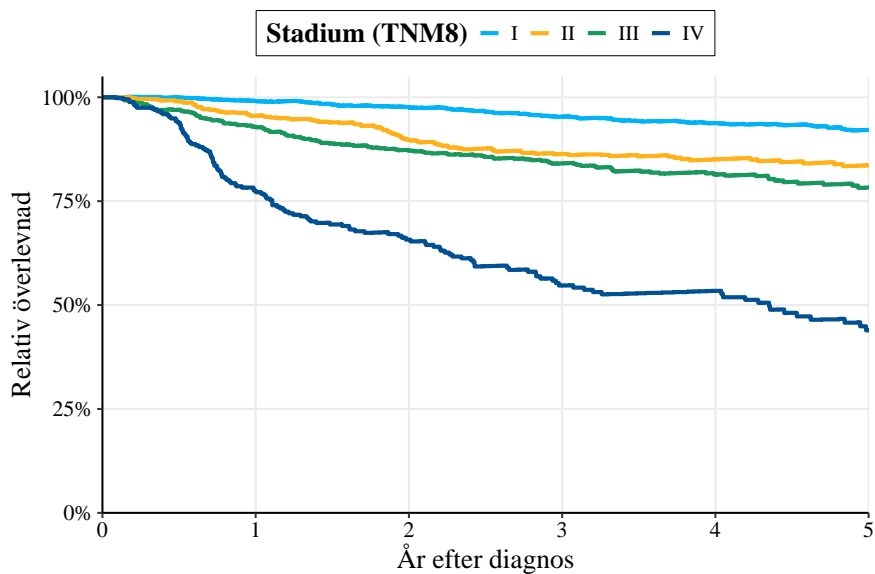
Figur 47. Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021. Patienter som saknar stadiindelning exkluderas. n = 5041



Tabell 21. Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021.

År efter diagnos	I	II	III	IV
1	96 (93 - 99)	96 (94 - 98)	94 (93 - 96)	93 (92 - 94)
3	89 (84 - 93)	88 (85 - 91)	87 (84 - 90)	82 (81 - 83)
5	86 (81 - 92)	81 (77 - 86)	82 (79 - 85)	76 (75 - 78)

Figur 48. Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2024. Patienter som saknar stadiindelning exkluderas. n = 2872



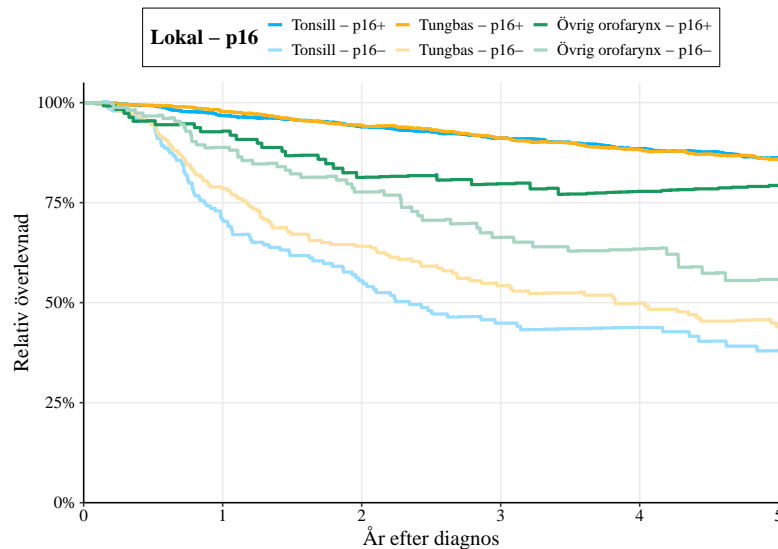
Stadium	0	1	2	3	4	5
I	1451	1301	1053	806	599	400
II	530	471	357	274	216	142
III	617	526	409	321	227	140
IV	274	191	135	91	66	43

Antal i risk

Tabell 22. Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2024.

År efter diagnos	I	II	III	IV
1	99 (98 - 100)	96 (94 - 98)	93 (91 - 95)	78 (72 - 83)
3	95 (94 - 97)	86 (83 - 90)	84 (81 - 88)	55 (48 - 62)
5	92 (90 - 95)	84 (79 - 88)	78 (74 - 83)	44 (37 - 53)

Figur 49. Relativ överlevnad för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal och p16 status, diagnosår 2008-2024. Patienter som saknar stadiindelning eller p16-status exkluderas. n = 6221



Tonsill - p16+	1869	1658	1377	1116	889	650
Tonsill - p16-	166	106	72	50	34	24
Tungbas - p16+	1126	1043	862	721	590	476
Tungbas - p16-	195	148	106	76	61	46
Övrig orofarynx - p16+	96	84	65	51	35	25
Övrig orofarynx - p16-	120	98	74	50	42	26
				Antal i risk		

Tabell 23. Relativ överlevnad (95 % KI) för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, per lokal och stadium, diagnosår 2008-2024.

Strata	1 år	3 år	5 år
Tonsill - p16+	97 (96 - 98)	91 (89 - 93)	86 (84 - 89)
Tonsill - p16-	71 (64 - 79)	45 (37 - 54)	38 (30 - 48)
Tungbas - p16+	98 (97 - 99)	91 (89 - 93)	86 (83 - 89)
Tungbas - p16-	78 (73 - 85)	54 (47 - 63)	44 (36 - 53)
Övrig orofarynx - p16+	93 (87 - 99)	80 (71 - 89)	79 (70 - 90)
Övrig orofarynx - p16-	89 (83 - 95)	66 (57 - 77)	56 (45 - 69)

15.12 Recidiv

Under diagnosåren 2008-2021 rapporterades 5644 fall av orofarynxcancer, varav 5123 fick kurativt syftande behandling. Av dessa exkluderas 527 från beräkningen av recidivfrekvens; 270 (5.3 %) bedömdes som ej tumörfria efter primärbehandling, 136 som ej bedömbart om tumörfria efter primärbehandling och 121 saknar uppgifter. Efter detta kvarstår 4596 patienter, varav 4012 har haft en uppföljning på 3 år eller fått recidiv inom 3 år efter diagnos. Andelen som fått recidiv inom 3 år under perioden 2008-2021 enligt denna analys är 13.8 %.

Tabell 24. Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling och kunnat följas i minst 3 år, per diagnosår. Totalt under 2008-2021 exkluderas 527 (10.3%) patienter som rapporterats som ej tumörfri efter primärbehandling, ej bedömbart om tumörfri eller tumörstatus saknas och är exkluderade. 584 patienter exkluderas då de inte hade tillräckligt lång uppföljningstid.

	Antal (%)
Diagnosår	
2008	20 av 183 (10.9)
2009	43 av 214 (20.1)
2010	33 av 204 (16.2)
2011	39 av 266 (14.7)
2012	43 av 252 (17.1)
2013	35 av 292 (12.0)
2014	48 av 296 (16.2)
2015	35 av 291 (12.0)
2016	48 av 327 (14.7)
2017	61 av 340 (17.9)
2018	30 av 327 (9.2)
2019	38 av 408 (9.3)
2020	38 av 355 (10.7)
2021	44 av 257 (17.1)
Totalt	555 av 4012 (13.8)

Tabell 25. Fördelning av lokalisation för första recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling, diagnosår 2008-2021 n=555.

	p16+	p16-	p16 okänt	Totalt
Lokalisation				
Fjärrmetastasering	60 (29.1)	14 (23.7)	83 (28.6)	157 (28.3)
Lokalt	50 (24.3)	21 (35.6)	95 (32.8)	166 (29.9)
Lokalt & Regionalt	20 (9.7)	7 (11.9)	21 (7.2)	48 (8.6)
Lokalt &/eller Regionalt & Fjärrmetastasering	17 (8.3)	4 (6.8)	24 (8.3)	45 (8.1)
Regionalt	44 (21.4)	12 (20.3)	67 (23.1)	123 (22.2)
Uppgift saknas	15 (7.3)	1 (1.7)	0 (0.0)	16 (2.9)
Totalt	206 (100.0)	59 (100.0)	290 (100.0)	7184 (100.0)

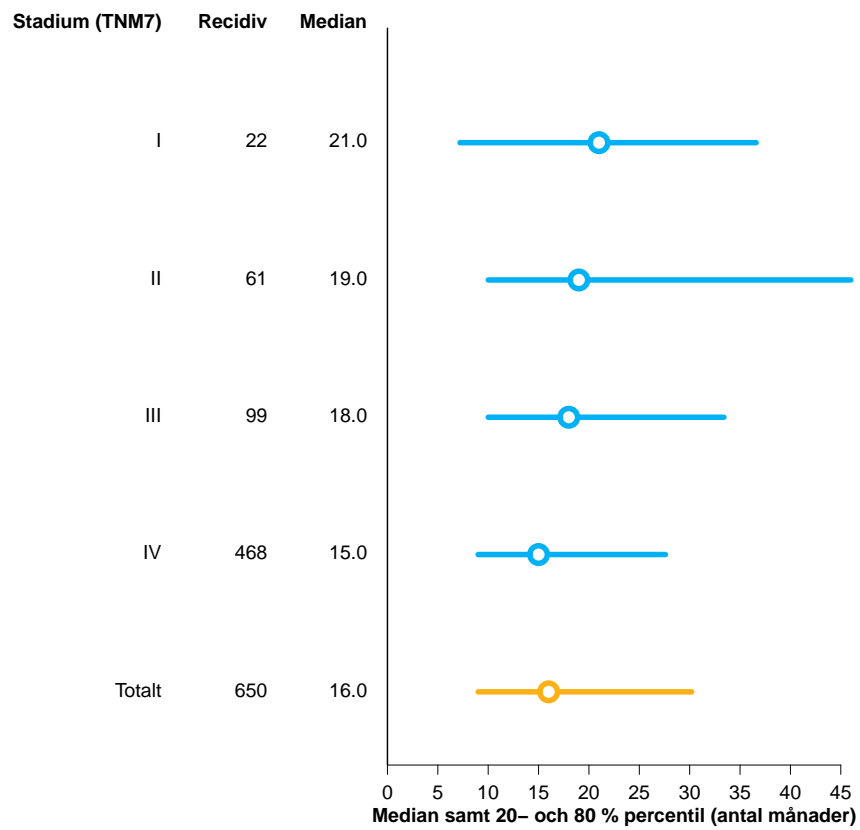
Tabell 26. Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling per stadium (TNM7), diagnosår 2008-2021 n=4012.³

	Antal (%)
Stadium	
I	17 av 214 (7.9)
II	43 av 406 (10.6)
III	81 av 655 (12.4)
IV	410 av 2701 (15.2)
Saknas	4 av 36 (11.1)
Totalt	555 av 4012 (13.8)

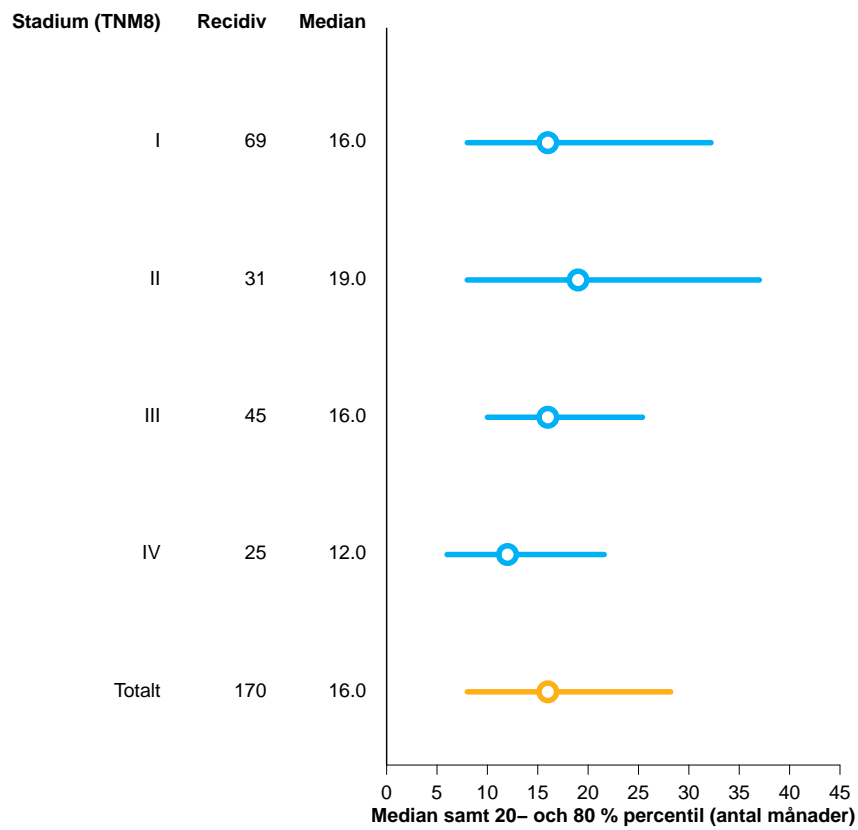
Tabell 27. Andel recidiv inom 3 år efter diagnos för patienter med orofarynxcancer som fått kurativ behandling per stadium (TNM8), diagnosår 2018-2021. n=1347.³

	Antal (%)
Stadium	
I	59 av 695 (8.5)
II	24 av 248 (9.7)
III	39 av 286 (13.6)
IV	24 av 88 (27.3)
Saknas	4 av 30 (13.3)
Totalt	150 av 1347 (11.1)

Figur 50. Tid till recidiv för alla fall av orofarynxcancer med registrerat recidiv, diagnosår 2008-2021. Uppgift om stadium (TNM7) saknas för 5 fall, vars mediantid till recidiv är 12 månader. n = 655



Figur 51. Tid till recidiv för alla fall av orofarynxcancer med registrerat recidiv, diagnosår 2018-2021. Uppgift om stadium (TNM8) saknas för 4 fall, vars mediantid till recidiv är 8 månader. n = 174



³Under perioden 2018-2021 registrerades tumörstadium parallellt enligt både TNM 7 och TNM 8. Samtliga registreringar finns med i tabellen/figuren.

16 VETENSKAPLIGA PUBLIKATIONER

16.1 Publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter 2019-2025

- **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, PMID: 34377181
- **A national study of health-related quality of life in patients with cancer of the base of the tongue compared to the general population and to patients with tonsillar carcinoma.** Berg M, 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;
Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR). Head Neck. 2021 Dec;43(12):3843-3856.
doi: 10.1002/hed.26882. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34558771
- **A national study of health-related quality of life in patients with cancer of the base of the tongue compared to the general population and to patients with tonsillar carcinoma.**

Berg M, 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; Swedish Head and Neck Cancer Register (SweHNCR). Head Neck. 2021 Dec;43(12):3843-3856. doi: 10.1002/hed.26882. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34558771
- **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 Jan 26;1-8. doi: 10.1080/0284186X.2022.2027516. Online ahead of print. PMID: 35081863

- **Brachytherapy and osteoradionecrosis in patients with base of tongue cancer.**

Danielsson D, Hagel E, Dybeck-Udd S, Sjöström M, Kjeller G, Bengtsson M, Abtahi J, von Beckerath M, Thor A, Halle M, Friesland S, Mercke C, Westermark A, Högmo A, Munck-Wikland E.
Acta Otolaryngol. 2023 Jan;143(1):77-84. doi: 10.1080/00016489.2022.2161627. Epub 2023 Jan 3. PMID: 36595465

- **Carcinomas of the minor salivary glands of the oral cavity. A population-based study from the Swedish Head and Neck Cancer Register for 2008-2018.**

Sterner F, Högmo A, Tano K.
Acta Otolaryngol. 2023 Apr;143(4):340-345. doi: 10.1080/00016489.2023.2191646. Epub 2023 Apr 2. PMID: 37004167

- **Squamous cell carcinoma of the mobile tongue in young adults: A Swedish head & neck cancer register (SweHNCR) population-based analysis of prognosis in relation to age and stage.**

Jonasson K, Sjövall J, Holmberg E, Beran M, Niklasson M, Kristiánsson S, Sandström K, Wennerberg J.
Oral Oncol. 2023 Sep;144:106485. doi: 10.1016/j.oraloncology.2023.106485. Epub 2023 Jul 12. PMID: 37451141

- **Six-month mortality has decreased for patients with curative treatment intent for head and neck cancer in Sweden.**

Charbél Talani, Anders Högmo, Göran Laurell, Antti Mäkitie, Lovisa Farnebo PLoS One. 2024 Apr 16;19(4):e0296534. doi: 10.1371/journal.pone.0296534

- **Radiotherapy or surgical treatment of early glottic carcinoma: A population-based study from the Swedish Head and Neck Cancer**

Register evaluating primary treatment outcomes for patients with T1a/T1b tumors Hedda Haugen Cange, Anders Högmo, Karl Sandström, Johan Wennerberg, Martin Beran, Karin Söderqvist, Göran Laurell, Lalle Hammarstedt-Nordenvall, Johan Reizenstein, Roland Rydell, Anna Hafström, Lovisa Farnebo Cancer. 2025 Jul 1;131(13):e35955. doi: 10.1002/cncr.35955.

16.2 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 2023**
Länk: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/huvud-och-hals/varprogram/nationellt-varprogram-huvud-halscancer.pdf>
- **Human Papilloma virusvaccination of boys in the Swedish national vaccination programme, Folkhälsomyndigheten, Kunskapsunderlag 2017-07-02**

17 PLANERADE OCH PÅGÅENDE PROJEKT

- **PREM**
 - Var god se sidan 23.
- **PROM** undersökningar som del i registret
 - Var god se sidan 24.
- **Pågående projekt**
 - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid cancer i spottkörtlarna. Manus inskickat för bedömning.
 - Registerbaserad nationell studie avseende behandling och överlevnad vid larynxcancer, stadium I-II. Manus inskickat för bedömning.
 - 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 lokalisering, 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 hypofarynx