

Temasektion vedr. kvalitetsindikatorer, NOMESKO's Helsestatistik for de
nordiske lande 2009

Temasektion vedr.
kvalitetsindikatorer, NOMESKO's
Helsestatistik for de nordiske lande
2009

**Temasektion vedr. Kvalitetsindikatorer, NOMESKO's
Helsestatistik for de nordiske lande 2009**

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité 2010

Udgivet af Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO)

Islands Brygge 67,

DK 2300 København S

Tlf. +45 72 22 76 25 Fax +45 32 95 54 70

E-mail: mail@nom-nos.dk

Website: www.nom-nos.dk

Redaktør: Johannes Nielsen

Omslag: Sisterbrandt designstue, København

Layout og grafik: Gry Metz Meillier

ISBN 978-87-89702-72-8

Forord

Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO) fremlægger hermed temasektionen for 2009

Komiteen blev oprettet i 1966 på anbefaling fra Nordisk Råd. Efter oprettelsen af Nordisk Ministerråd blev NOMESKO gjort til en permanent statistikkomité med egen bevilling, og samtidig blev den underlagt Nordisk Socialpolitisk Komités ansvarsområde.

Siden 1979 har NOMESKO haft fast sekretariat i København, og siden januar 2002 administrativt tilknyttet Sundhedsstyrelsen i Danmark.

Komiteens målsætning er dels at skabe grundlag for sammenlignelig medicinalstatistik i de nordiske lande, dels at tage initiativ til udviklingsprojekter med medicinalstatistisk relevans.

På NOMESKO's plenarmøde i 2008 blev det besluttet at temaet i 2009 skal være kvalitetsindikatorer.

Der har i arbejdsgruppen været afholdt tre møder.

Formål er: udarbejdelse af en temasektion vedr. kvalitetsindikatorer, som publiceres i forbindelse med NOMESKO's Helsestatistik for de nordiske lande 2009. Temaet skal bestå af foreliggende valide resultater indenfor kvalitetsindikatorer og redegøre for muligheder og forhindringer i indsamling og sammenligning af kvalitetsdata på tværs af de nordiske lande herunder anbefale metoder i fremtidig indsamling og sammenligning.

Det foreliggende resultat er desværre blevet forsinket. Men NOMESKO viser udvalgte tilgængelige data fra Nordisk Ministerråds projekt vedrørende fælles kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i de nordiske lande.

Dette projekt har til formål at udvikle og udvælge fælles generelle og sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer med henblik på formidling, sammenligning og benchmarking mellem Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge og Sverige.

Projektet startede i 2007 og forløber indtil udgangen af 2010. Det skal understreges, at der kun er tale om uddrag af de fælles indikatorer og opgørelser i denne temaudgave, idet der 1. september 2010 vil foreligge en endelig rapport for hele projektet og dets resultater.

I den endelige rapport vil følgende fire projekter dels blive gennemgået, og der vil dels foreligge senest tilgængelige data indenfor projekterne:

- Generiske og sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer – udvikling, samordning og benchmarking i det nordiske sundhedsvæsen
- Fælles nordiske kvalitetsindikatorer for mund- og tandhelse

- Udvikling og koordinering af fælles nordiske patientsikkerhedsindikatorer
- Kvalitetsmåling af patienterfaringer i sundhedsvæsenet

I NOMESKO's rapport har vi valgt at udelade Færøerne og Grønland da der ikke med rimelighed kan produceres statistiske kvalitetsindikatorer på et befolkningsgrundlag på ca. 50.000 personer. Det samme gælder Åland med en befolkning på 25.000.

Der findes også en engelsk version af rapporten samt yderligere informationer om NOMESKO's aktiviteter på www.nom-nos.dk.

Referencegruppen har haft følgende sammensætning

Margrét Björnsdóttir, Helseministeriet, Reykjavik, Island

Mika Gissler, STAKES, Helsinki, Finland

Max Köster, Socialstyrelsen; EpC, Stockholm, Sverige

Marie Lawrence, Socialstyrelsen; EpC, Stockholm, Sverige

Jan Mainz, Sundhedsstyrelsen, København, Danmark

Johannes Nielsen, NOMESKO

Liv Rygh, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, Norge

Thomas Schiøler, Sundhedsstyrelsen, København, Danmark

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og formål	9
2. Metode	10
3. Præsentation af kvalitetsindikatorer	11
4. Generelt om kvalitetsindikatorer	12
5. Sygdomsområder i dette temanummer	13
6. Generelle bemærkninger om resultatpræsentationen	16
7. Datakilder	17
8. Resultater	19
8.1 Brystkræft	19
8.1.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	19
8.1.2 Resultater	19
8.1.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	22
8.2 Kræft i livmoderhals	24
8.2.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	24
8.2.2 Resultater	24
8.2.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	27
8.3 Kræft i blærehalskirtel (prostatakræft)	28
8.3.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	28
8.3.2 Resultater	28
8.3.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	31
8.4 Kræft i luftrør, bronkie og lunge	32
8.4.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	32
8.4.2 Resultater	32
8.4.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	35
8.5 Kræft i tyk- og endetarm	36
8.5.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	36
8.5.2 Resultater	36
8.5.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	40
8.6 Stroke/apopleksi – blodprop i hjernen	42
8.6.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	42
8.6.2 Resultater	42
8.6.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	45

8.7 Stroke/apopleksi – hjerneblødning	47
8.7.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	47
8.7.2 Resultater	47
8.7.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	49
8.8 Akut myokardieinfarkt (AMI)	50
8.8.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	50
8.8.2 Resultater	50
8.8.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	53
8.9 Astma	54
8.9.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde	54
8.9.2 Resultater	54
8.9.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater	55
9. Diskussion og anbefalinger	56
Appendix 1 Talmateriale, grafer	58
Publikationer udgivet af NOMESKO efter 1995	64

1. Indledning og formål

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser og kvalitetsudvikling har en central plads på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden i de nordiske lande.

I forlængelse heraf iværksatte Nordisk Ministerråd i foråret 2007 et projekt vedrørende kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet, der har til formål at udvikle og udvælge fælles kvalitetsindikatorer med henblik på formidling, sammenligning og benchmarking mellem de nordiske lande (Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge og Sverige). Nordisk Ministerråds initiativ skal bidrage til, at de målemetoder, der anvendes i de nordiske landes sundhedsvæsener bliver sammenlignelige og at både de nordiske borgere, politikere, sundhedspersonale og myndigheder får mulighed for at vurdere og sammenligne sundhedsvæsenets ydelser.

Projektet er en fortsættelse af to tidligere projekter i Nordisk Ministerråds regi. De tidligere projekter blev afsluttet med følgende to rapporter:

1. NHV-Rapport 2003:1 *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe*
2. TemaNord 2007:519: *Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden.*

2. Metode

I det foreliggende arbejde, som endeligt afsluttes med udgangen af 2010 indgår indikatormateriale fra den videnskabelige litteratur, samt fra de nordiske lande og OECD. På grundlag af dette materiale har projektgruppen foretaget prioritering og valg af dels overordnede temaer og dels sundhedsfaglige indikatorer i forhold til strukturer, processer og resultater med størst vægt på resultatindikatorer.

Hvert land giver mandat til egne repræsentanter i gruppen, således at valg af temaer og valg af kvalitetsindikatorer afspejler de nordiske landes prioriteringer. På denne baggrund er det besluttet at inddrage følgende temaer:

- Kræftsygdomme
- Hjerte/karsygdomme
- Diabetes og astma
- Graviditet og fødsel
- Børn og unge
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Generelle indikatorer
- Psykisk helse

Det er ligeledes besluttet, at temaet Primær Sundhedstjeneste i videst mulig omfang skal indgå i hvert af ovenstående temaer i stedet for at være et selvstændigt tema.

Fra projektets begyndelse har det været planlagt, at dataindsamling og offentliggørelse af vedtagne kvalitetsdata for alle landene skal foregå gennem NOMESCOs helsestatistiske publikationer, som udkommer årligt. I denne temapublikation fra NOMESCO indgår Færøerne og Grønland dog ikke i opgørelserne.

3. Præsentation af kvalitetsindikatorer

For at kunne give en nuanceret beskrivelse af de valgte temaer har projektgruppen udarbejdet en generel model som grundlag for præsentation af indikatorerne indenfor hvert tema. Modellens opbygning fremgår af figur 3.1. De enkelte elementer i modellen skal således beskrives i relation til de forskellige temaområder, såfremt dette er muligt.

Figur 3.1 Model for præsentation af indikatorer
Basisindikatorer
• Incidens
• Prævalens
• Mortalitet
Kvalitetsindikatorer
• <i>Strukturindikatorer</i>
a) Eksisterer der nationalt klinisk kvalitetsregister på området?
b) Eksisterer der kliniske retningslinjer (clinical practice guidelines) på området?
• <i>Procesindikatorer</i>
a) Screening
b) Ventetid på diagnostik og behandling
• <i>Intermediære resultatindikatorer</i>
• <i>Resultatindikatorer</i>
a) Letalitet
b) Overlevelse
c) Reoperationer
d) Recidiv
e) Komplikationer
f) Livskvalitet
g) Patienttilfredshed

Med udgangspunkt i modellen i figur 3.1 har projektgruppen udvalgt vigtige indikatorer. Kriterierne for valget har været, at indikatorerne skal belyse vigtige aspekter af kvaliteten i relation til et temaområde, herunder være evidensbaserede. Hertil kommer, at der skal være valide data tilgængelige i de nordiske lande. Indikatorer, som findes vigtige at inddrage i et samlet sæt af indikatorer indenfor et temaområde, men hvor der først er valide data indenfor 2-3 år, inddrages i en potentiel liste over vigtige indikatorer for temaet. Disse potentielle indikatorer indgår ikke i denne NOMESKO-temasektion, men præsenteres i publikationen: Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet, som udkommer i Nordisk Ministerråds regi som TemaNord-udgave 1. september 2010.

4. Generelt om kvalitetsindikatorer

En *kvalitetsindikator* er en målbar variabel, som kan anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Kvalitetsindikatorer kan anvendes til at monitorere sundhedsvæsenets struktur og organisation, strategisk vigtige aspekter af patientforløbet, samt resultatet af sundhedsvæsenets ydelser for patienten dvs. helbredsgevinsten. Indikatorer kan sjældent stå alene, men kan anvendes som led i en samlet faglig analyse, vurdering og fortolkning.

Man kan skelne mellem:

1. Strukturindikatorer
2. Procesindikatorer
3. Resultatindikatorer

Ad 1) Strukturindikatorer beskriver sundhedsvæsenets rammer og ressourcer, herunder sundhedsprofessionernes kompetencer og tilgængeligheden til udstyr, teknologi og faciliteter. Indikatorerne beskriver med andre ord forudsætningerne og rammerne for forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering.

Ad 2) Procesindikatorer angiver konkrete aktiviteter i patientforløbet og giver dermed et billede af i hvilket omfang, sundhedspersonalet har udført bestemte procedurer, eksempelvis forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering eller kommunikation, i patientforløbet. Procesindikatorer udvikles på grundlag af referenceprogrammer eller kliniske retningslinjer, såfremt de findes. Procesindikatorerne udtrykker, om patienterne har modtaget de ydelser, som de bør ifølge referenceprogrammer og kliniske retningslinjer.

Ad 3) Resultatindikatorer belyser patientens helbredsgevinst i form af overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemæssige karakteristika, patientens fysiske formåen eller psykiske reaktioner på sygdomme og tilfredsheden med behandlingen.

5. Sygdomsområder i dette temanummer

I dette temanummer præsenteres eksempler på indikatorer, som bliver tilgængelige fra Nordisk Ministerråds projekt om kvalitetsmåling september 2010.

Udover sammenlignelige data, som er indsamlet fra de nordiske lande, præsenteres ligeledes eksempler på cases, som belyser specifikke erfaringer inden for et givet indikatorområde i de respektive lande.

I Tabel 5.1 fremgår, hvilke data, der indgår i dette Nomesco-temanummer.

Tabel 5.1 Oversigt over inkluderede sygdomsområder.		
Tilstand	Indikatorer	Mangler
Brystkræft	Basisindikatorer: mortalitet; incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer; registre; oplysninger om screeningsprogram Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	
Kræft i blærehalskirtel (prostatakræft)	Basisindikatorer: mortalitet, incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer; registre; oplysninger om screeningsprogram Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	
Kræft i livmoderhals	Basisindikatorer: mortalitet, incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	Data vedr. 5 års overlevelse for Danmark
Kræft i luftrør, bronkie og lunge	Basisindikatorer: mortalitet, incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse Eksempeldata mhp. at illustrere forskelle mellem regioner og over tid i forhold til en procesindikator	Data vedr. 5 års overlevelse for Danmark
Kræft i tyk- og endetarm	Basisindikatorer: mortalitet, incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse Eksempeldata, slutresultatindikator, reoperation, endetarmskræft	Opsplittede data for de forskellige undergrupper for alle lande på nær Norge. Data vedr. 5 års overlevelse for Danmark Data for 5 års overlevelse for endetarmskræft, incl. anus og analkanalen fra Sverige
Stroke/apopleksi – blodprop i hjernen	Basisindikatorer: incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata på procesindikatorer, og slutresultatindikatorresultat over tid	Incidensoplysninger for alle lande
Stroke/apopleksi – hjerneblødning	Basisindikatorer: incidens. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata på procesindikatorer	Incidensoplysninger for alle lande
Akut myokardieinfarkt (AMI)	Basisindikatorer: incidens (udelukkende sygehusindlagte), mortalitet. Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata for regioner mhp. at illustrere forskelle mellem regioner og over tid.	Mortalitet og incidens alle lande.
Astma	Basisindikatorer: mortalitet for 5-39 årige Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre	

Udover ovenstående områder har det også været hensigten at inkludere resultater for diabetes for de tre basisindikatorer mortalitet og incidens, men det har ikke været muligt for landene at levere de pågældende data, og området er derfor udeladt.

6. Generelle bemærkninger om resultatpræsentationen

Resultater vedrørende basis- og strukturindikatorer er præsenteret i tabeller. Resultatindikatorer og nogle supplerende data er præsenteret i grafer, hvor der for førstnævnte er indtegnet best practice blandt de nordiske lande. Resultaterne er præsenteret uden oplysninger om den statistiske usikkerhed via konfidensintervaller, da det efter dataindsamling har vist sig, at der ikke er anvendt samme beregningsmetode i forhold til konfidensintervallerne i alle lande. I fortolkning af data bør det holdes for øje, at forskelle i resultaterne kan skyldes statistisk usikkerhed. Nogle af resultaterne fra Island dækker flere år for at sikre valide resultater på trods af landets mindre population.

7. Datakilder

I denne temasektion anvendes en række datakilder. Disse er: direkte dataindsamling, data leveret til OECD's publikation 'Health at a Glance, 2009', data hentet fra NORDCAN (for kræftsygdommenes vedkommende), samt enkelte supplerende data fra andre datakilder dels som eksempeldata og dels som supplement, når der har været mere rettidige data tilgængelige fra andre kilder. I gennemgangen er datakilden angivet.

I forbindelse med justering af dødelighed og 5 års overlevelse for alderssammensætning, er der taget udgangspunkt i forskellige standardpopulationer. Data fra NORDCAN er justeret via den nordiske standardpopulation, mens øvrige dødelighedsdata er justeret via OECD-standardpopulationen. Fem års overlevelse for kræftdiagnoserne er justeret efter "International Cancer Survival standard (ICSS). Det har ikke været muligt at genberegne data, så alle resultater blev justeret i forhold til den samme standardpopulation. I tabel 7.1 ses den nordiske og OECDs standardpopulation, samt et eksempel der viser forskellene i justerede mortalitetsrater (tænkt eksempel). Det er et krav til fremtidige afrapporteringer, at der kan anvendes den samme standardpopulation i justeringerne for mortalitetsrater.

Tabel 7.1 Justeringer for hhv. nordisk og OECD-standardpopulation, tænkt eksempel															
Aldersgruppe	Nævner			Tæller			Rå rater (%)			Den nordiske standardpopulation ¹			Standardpopulation OECD 2005		
	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	Total
15-19			0	0	0	0	0,0	0,0	0,0						
20-24			0	3	1	4	0,0	0,0	0,0						
25-29			0	4	1	5	0,0	0,0	0,0						
30-34			0	15	3	18	0,0	0,0	0,0						
35-39	2		2	38	5	43	5,3	0,0	4,7						
40-44	3	2	5	97	25	122	3,1	8,0	4,1						
45-49	6		6	240	51	291	2,5	0,0	2,1	3.450	3.450	6900	40.248.518	40.649.038	80.897.556
50-54	10	1	11	415	87	502	2,4	1,1	2,2	3.700	3.700	7400	36.427.644	37.364.408	73.792.052
55-59	35	5	40	612	153	765	5,7	3,3	5,2	3.050	3.050	6100	33.380.411	34.689.310	68.069.721
60-64	36	7	43	690	280	970	5,2	2,5	4,4	2.400	2.400	4800	26.289.839	28.254.493	54.544.332
65-69	52	13	65	723	270	993	7,2	4,8	6,5	2.050	2.050	4100	22.346.079	25.279.333	47.625.412
70-74	85	35	120	866	477	1.343	9,8	7,3	8,9	1.950	1.950	3900	18.074.327	22.236.819	40.311.146
75-79	138	90	228	930	765	1.695	14,8	11,8	13,5	1.750	1.750	3500	13.607.727	19.097.765	32.705.492
80-84	183	183	366	903	1.070	1.973	20,3	17,1	18,6	1.200	1.200	2400	8.425.270	14.684.935	23.110.205
85+	203	450	653	801	1.805	2.606	25,3	24,9	25,1	950	950	1900	5.282.533	12.504.426	17.786.959
Total	753	786	1.539	6.337	4.993	11.330	11,9	15,7	13,6	20.500	20.500	41.000	204.082.348	234.760.527	438.842.875
Justerede rater										7,60	5,33	6,46	7,28	5,00	6,06

¹Svarende til standardpopulation anvendt i Nordcan (kilde: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>); der er ikke oplysninger om fordeling på mænd/kvinder, så i regneeksemplet er det antaget, at den er ligeligt fordelt, det gør de justerede tal fordelt på mænd/kvinder behæftet med usikkerhed.

8. Resultater

8.1 Brystkræft

8.1.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder med incidens på 11 %, og ca. 3 % af alle dødsfald blandt kvinder skyldes denne sygdom. (Feuer et al, 2003).

Udgifter til behandling af brystkræft udgør ca. 0,5-0,6 % af de totale sundhedsudgifter (OECD, 2003a)

Dermed er brystkræft en hyppig og alvorlig diagnose, hvor der desuden er interventionsmuligheder og kendt variation i behandlingskvaliteten. Dermed lever området op kriterier for udvælgelse opstillet i afsnit 3.

8.1.2 Resultater

Brystkræft	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet, incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer, registre; oplysninger om screeningsprogram Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	Mangler:
-------------------	--	----------

Data vedr. brystkræft gælder patienter, der er førstegangsdagnosticeret med ICD 10-diagnosen: C50.

Data er samlet for alle 5 lande. Resultater vedr. overlevelse svarer til resultater rapporteret til OECD, hvor alle lande på nær Danmark har trukket oplysningerne fra kræftregistre. Danmark har baseret resultaterne på udtræk fra det centrale patientadministrative system, da dette er mere aktuelt og i hovedtræk viser samme resultater som kræftregisteret.

Oplysninger om mortalitet og incidens er hentet fra NORDCAN.

Oplysninger om screeningsprogram, kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Data vedr. 5 års overlevelse dækker patienter fulgt fra hhv. 2001, 2002 og 2003; basisindikatorer fra perioden 2006-2008 – dette bør holdes for øje i fortolkningen.

Basisindikatorer, tabel 8.1.2.1

Brystkræft mortalitet (2006/2007)	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)		
Danmark (2006)	1.246	45,4	40,4		
Finland (2007)	796	29,5	24,8		
Island (2006-2008)	43	28,3	32,8		
Norge (2006)	674	28,7	26,4		
Sverige (2007)	1.477	32,1	26,1		

Brystkræft incidens (2007 med mindre andet anført ud for landet)	Antal	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)		
Danmark	4.075	147,9	136,3		
Finland	3.993	148,0	129,6		
Island (2006-2008)	186	121,9	138,5		
Norge	2.726	115,2	112,0		
Sverige	6.220	135,1	120,9		

Brystkræft – screeningsprogram	Foreligger screeningsprogram	Iværksat	Hyppighed	Målgruppe	%del tilbudt screening
Danmark	Ja	2007 – fuldt indført i 2009	Hvert 2. år	50-69 årige	
Finland	Ja	1987	Hver 2. år	50-69 årige	Alle 50-69 årige
Island	Ja	1987	Hver 2. år	40-69 årige	Alle 40-69 årige
Norge	Ja	1996 - landsdækkende fra 2004.	Hver 2. år	50-69 årige	Alle 50-69 årige
Sverige	Ja	1986 – nationalt indført 1997	Regelmæssig screening	(40-)50-74 årige	Alle 40-74 årige

Strukturindikatorer, tabel 8.1.2.2			
Brystkræft – kliniske registre og retningslinjer	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Ja	Forskning, statistik kvalitetsudvikling	Ja
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej
Norge	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja, regionalt regi	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja

Incidens

Incidens af brystkræft i de nordiske lande ligger mellem 112 pr. 100.000 (nordiske standardpopulation) og 138,5 pr. 100.000. Dvs. den højeste incidens (Island) er godt 20 % større end den laveste (Norge).

Mortalitet

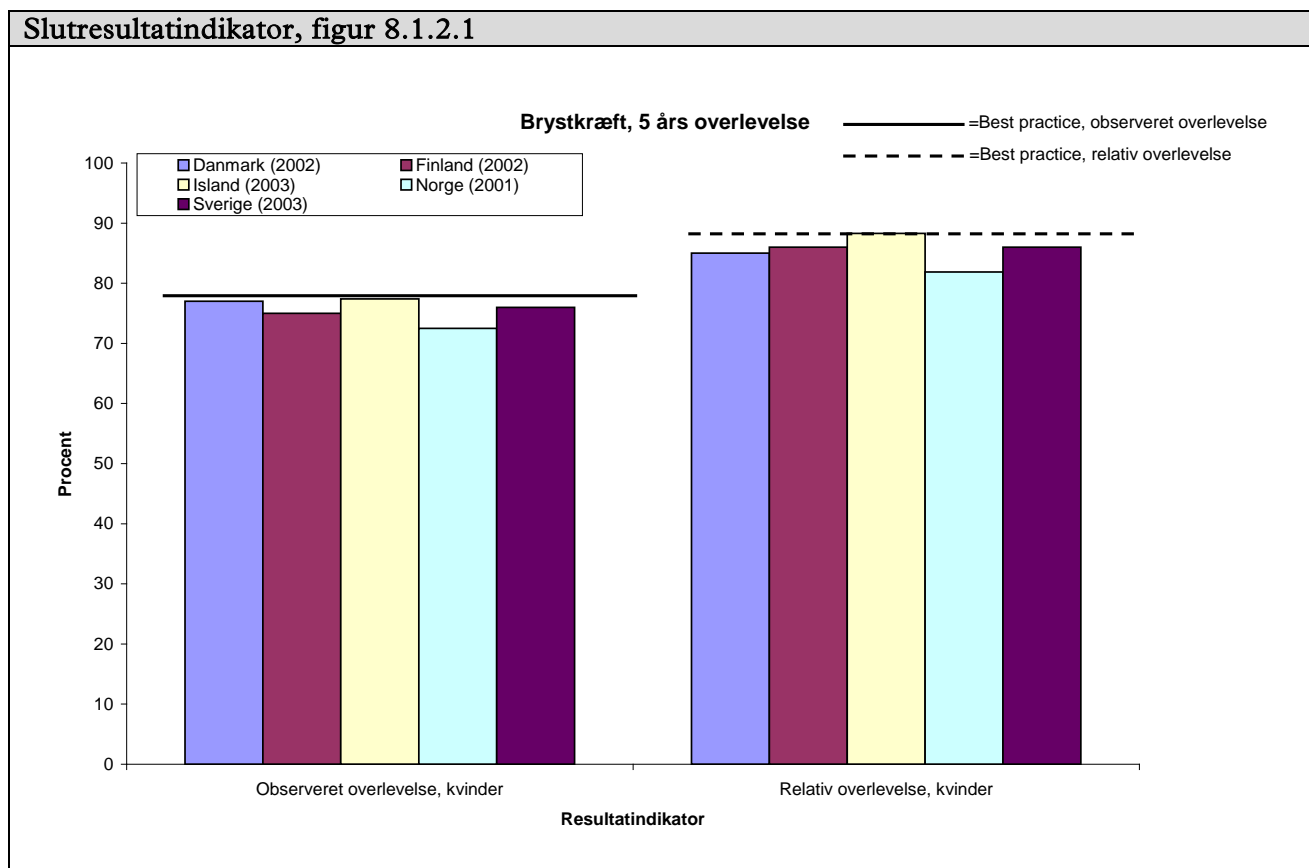
Mortalitetsraten ligger mellem 24,8 og 40,4 pr. 100.000 (justeret i forhold til den nordiske standardpopulation). Hvor Danmarks rate afviger markant fra de andre lande.

Screening

Der sker udbredt screening i de nordiske lande, dog var der ikke screening i Danmark i opgørelsesåret for overlevelsestillene (2002).

Kliniske registre og retningslinjer

I alle nordiske lande undtaget Island er der etableret nationale kliniske retningslinjer på sygdomsområdet. I alle lande eksisterer kliniske registre.



8.1.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Data for 5 års overlevelsen dækker forskellige år. De tidligste resultater er fra Norge og dækker patienter diagnosticeret i 2001 (fulgt frem til 2006), og de seneste resultater er fra Island og dækker patienter diagnosticeret i 2003 (fulgt frem til 2008). Da overlevelsen er blevet bedre over de seneste år (jf. regionale og nationale danske studier) kan dette have betydning for sammenligneligheden.

Data er komplette og dækker hele populationen og er derfor fuldt repræsentative.

Som det eneste land var der ikke udbredt screeningsprogram i 2002 i Danmark, hvorfra data for overlevelsen stammer. Danmarks 5 års overlevelse var lavere for patienter diagnosticeret i 2002 sammenlignet med resten af Norden, og det må antages at hænge sammen med bl.a. den manglende screening.

Finland har den laveste mortalitet i Norden, mens incidensen er ca. på niveau med gennemsnittet (måske lidt højere). Der er både et klinisk register og kliniske retningslinjer, ligesom der blev gennemført regelmæssig screening i 2002, hvorfra resultaterne for 5-års overlevelse stammer.

5 års overlevelsen er på niveau med resten af Nordens gennemsnit og afviger ikke signifikant fra best practice.

5 års overlevelsen i Norge ligger som én af de lavere, men dette kan skyldes, at data stammer fra 2001, hvor de resterende landes resultater er fra 2002 og frem.

8.2 Kræft i livmoderhals

8.2.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Kræft i livmoderhalsen kan forebygges via tidlig sporing. Herudover er det en kræftform, hvor der i de senere år er udviklet vacciner. Forskelle i prævalens, incidens, dødelighed og overlevelse vil hænge tæt sammen med forskelle i effektivitet af screeningsprogrammer.

Resultaterne for kræft i livmoderhalsen dækker for alle lande en 1 års-periode i intervallet 2001-2003.

8.2.2 Resultater

Kræft i livmoderhals	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet, incidens og oplysninger om screeningsprogram Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	Mangler:
-----------------------------	--	----------

Data vedrørende kræft i livmoderhals gælder patienter, der er førstegangsdagnosticeret med ICD 10-diagnosen: C53. Komplette data er samlet for alle lande.

Resultater vedrørende overlevelse svarer til resultater rapporteret til OECD, hvor alle lande på nær Danmark har trukket oplysningerne fra kræftregistre. Danmark har baseret resultaterne på udtræk fra det centrale patientadministrative system jf. i øvrigt bemærkninger til brystkræft.

Oplysninger om mortalitet og incidens er hentet fra NORDCAN.

Oplysninger om screeningsprogram, kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Data vedr. 5 års overlevelse dækker patienter fulgt fra hhv. 2001, 2002 og 2003; basisindikatorer fra perioden 2006-2008 – dette bør holdes for øje i fortolkningen.

Basisindikatorer, tabel 8.2.2.1

Kræft i livmoderhals, mortalitet, 2006/2007	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
Danmark (2006)	106	3,9	3,6
Finland (2007)	43	1,6	1,3
Island (2006-2008)	1	1,1	1,3
Norge (2006)	79	3,4	3,3
Sverige (2007)	162	3,5	3,1

Kræft i livmoderhals, incidens (2007 med mindre andet er anført ud for landet)	Antal	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
Danmark	396	14,4	14,2
Finland	138	5,1	4,9
Island (2006-2008)	12	7,9	8,3
Norge	258	10,9	11,1
Sverige	464	10,1	9,8

Livmoderkræft – screeningsprogram	Foreligger screeningsprogram?	Iværksat	Hypighed	Målgruppe	%del tilbudt screening
Danmark	Ja	Startet i 1960'erne, indført i nuværende form i 2006	Hvert 3. år	23-65	Alle
Finland	Ja	1968	Hvert 5. år	30-60	Alle
Island	Ja	1964	Hvert 2. år	20-69	Alle
Norge	Ja	1992 landsdækkende i 1995	Hvert 3. år	25-69	Alle
Sverige	Ja	1970'erne	Hvert 3. år Hvert 5. år	23-50 51-60	Alle

Kræft i livmoderhals – kliniske registre og retningslinjer	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej
Norge	Nej	-	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej

Incidens

Incidens af kræft i livmoderhals i de nordiske lande ligger mellem 4,9 pr. 100.000 (nordisk standardpopulation) og 14,2 pr. 100.000. Dvs. der er markant spredning på incidensen.

Mortalitet

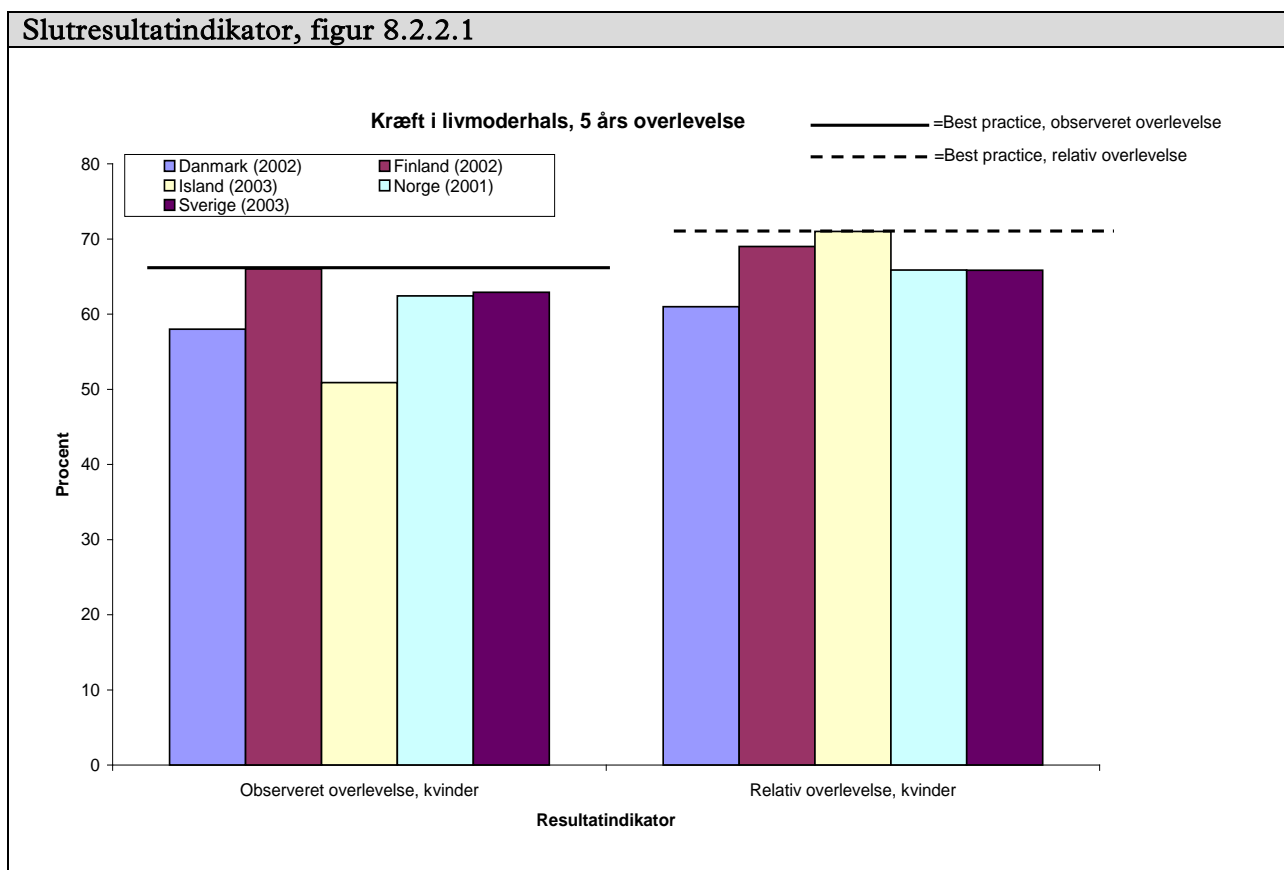
Den justerede mortalitetsrate svinger en del mellem de enkelte lande (fra 1,3 til 3,6 pr. 100.000). Hvor Islands og Finlands rater er markant lavere end de 3 andre lande.

Screening

Der sker udbredt screening i de nordiske lande, hvor alle lande i opgørelsesårene 2001-2003 havde screening.

Kliniske registre og retningslinjer

Blandt de lande, hvor der er oplysninger har alle lande enten et klinisk register eller kliniske retningslinjer for sygdomsområdet, mens det fremgår, at Danmark har begge dele.



8.2.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Resultaterne vedrørende 5 års overlevelsen dækker forskellige år (2001-2003). Alle lande havde indført enslydende screeningsprogrammer, så der kan ikke forventes at forskelle i resultatindikatorerne er begrundet i forskellige screeningsstrategier.

Danmark har lavere 5-års overlevelse ligesom landets mortalitetsrate er høj. Sidstnævnte kan dog udover den lavere overlevelse også hænge sammen med en højere incidensrate.

8.3 Kræft i blærehalskirtel (prostatakkræft)

8.3.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Kræft i blærehalskirtel er en meget hyppig kræftform, som kan udvikle sig meget alvorligt. Der er i forskellig grad indført screening med PSA-test for sygdommen, men der er uenighed om effekten af denne (Barry, MJ., ”*Screening for Prostate Cancer – The Controversy That Refuses to Die*”, N. Engl. J Med, 360; 13, 2009; Tretli S, Engeland A, Haldorsen T, Hakulinen T, Hörte LG, Luostarinen T, Schou G, Sigvaldason H, Storm HH, Tulinius H, Vaittinen P., ”*Prostate Cancer— Look to Denmark?*”, J Natl Cancer Inst. 1996 Jan 17;88(2):128)

8.3.2 Resultater

Kræft i blærehalskirtel (prostatakkræft)	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet, incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	Mangler: Data vedr. 5 års overlevelse Danmark
--	--	---

Data vedr. kræft i blærehalskirtel gælder patienter der er førstegangsdagnosticeret med ICD 10-diagnosen: C61

Der er komplette data for Sverige, Island, Norge og Finland, hvor data for 5 års overlevelse mangler for Danmark.

Resultater vedr. 5 års overlevelse er opgjort svarende til metode anvendt i forbindelse med afrapportering til OECD.

Oplysninger om mortalitet og incidens er hentet fra NORDCAN.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Data vedr. 5 års overlevelse dækker patienter fulgt fra hhv. 2001, 2002 og 2003; basisindikatorer fra perioden 2006-2008 – dette bør holdes for øje i fortolkningen.

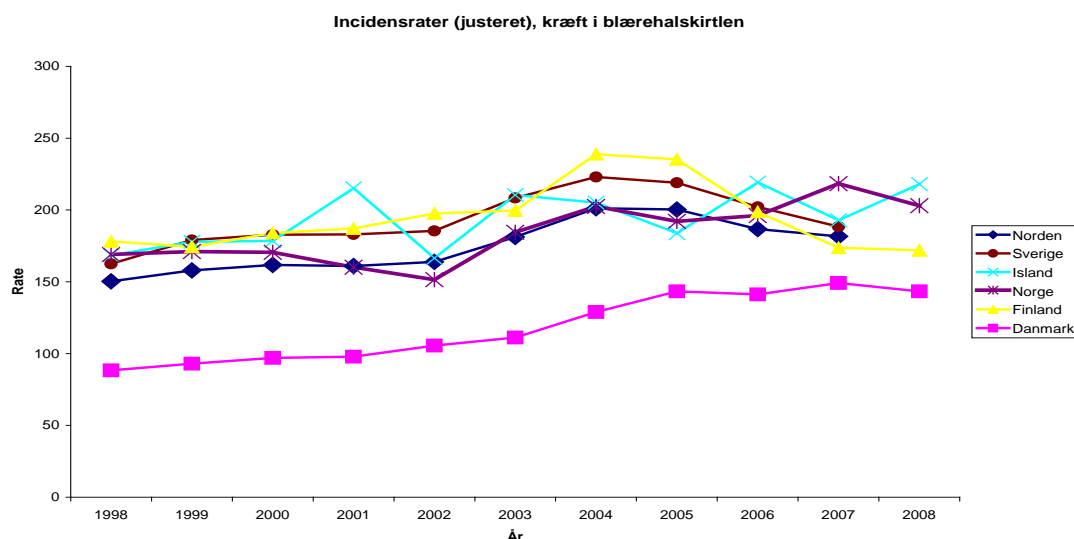
Basisindikatorer, tabel 8.3.2.1

Kræft i blærehalskirtel, mortalitet, 2006/2007	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
Danmark (2006)	1.179	43,8	58,6 ¹
Finland (2007)	788	30,4	42,5
Island (2006-2008)	48	30,4	50,0
Norge (2006)	1.039	44,9	58,9
Sverige (2007)	2.470	54,4	58,6

¹I Sundhedsstyrelsen, "Kræftprofil, prostata", 2009 er afrapporteret mortalitetstal for 2007, der indikerer, at mortaliteten er let faldende. Tallene er ikke fuldt sammenlignelige med resultaterne fra Nordcan, da de er justeret efter en dansk standardpopulation, men disse opdaterede tal viser et fald på 5 procentpoint i mortaliteten fra 2006 til 2007 i Danmark.

Kræft i blærehalskirtel, incidens (2007 med mindre andet er anført ud for landet)	Antal	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
Danmark	3.599	133,2	143,6
Finland	4.188	161,7	173,8
Island (2006-2008)	236	148,9	210,1
Norge	4.400	187,8	216,8
Sverige	8.857	194,9	188,4

Figur 8.3.2.1



Kræft i blærehalskirtel – kliniske registre og retningslinjer	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Nej	-	Ja
Finland	Nej (men dataindsamling for pilotstudie er iværksat)	-	Ja
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej
Norge	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Nej

Incidens

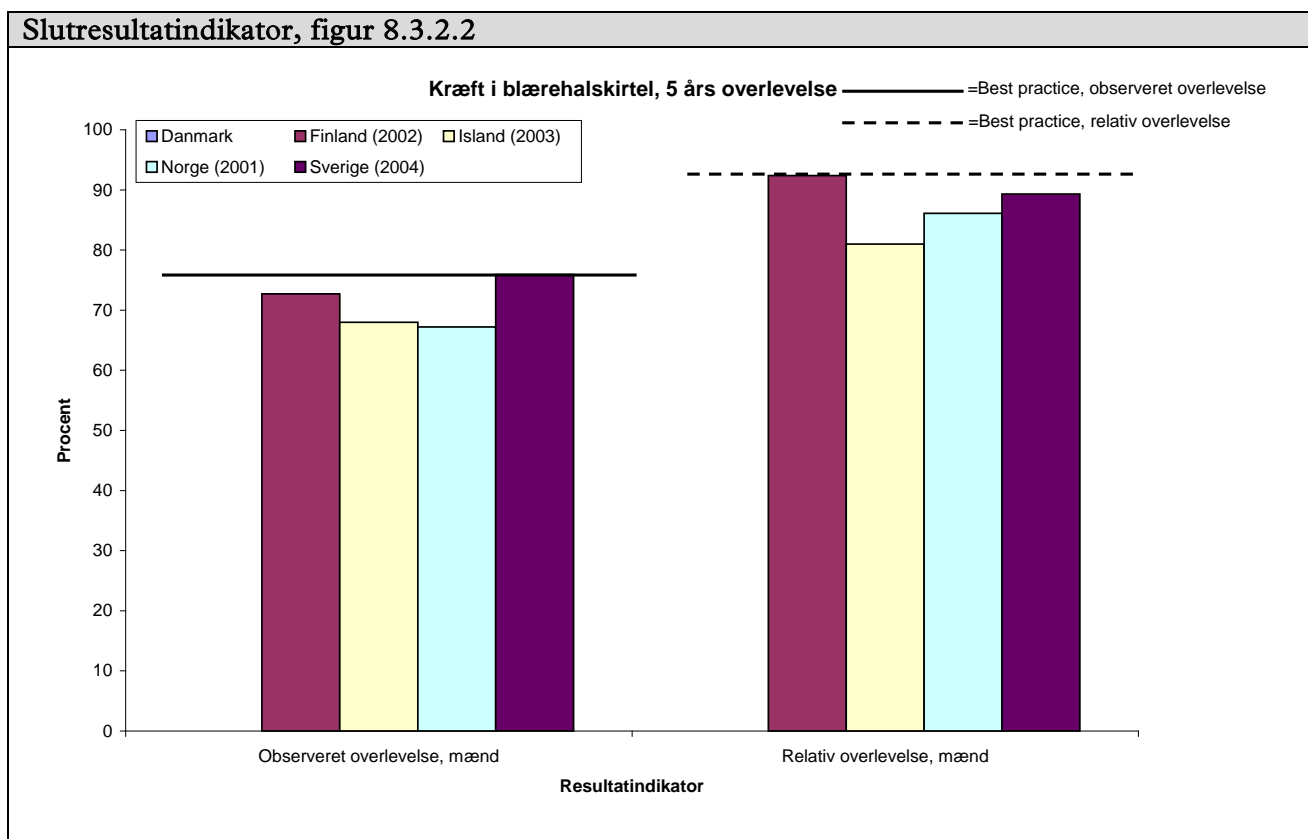
Incidens af kræft i blærehalskirtlen i de nordiske lande ligger mellem 143,6 pr. 100.000 (nordisk standardpopulation) og 216,8 pr. 100.000. Dvs. den højeste incidens (Norge) er over 50 % større end den laveste (Danmark). Danmark skiller sig ud fra det nordiske gennemsnit, men sammenlignet med tidligere år er Danmarks resultat kommet nærmere de resterende nordiske lande jf. den grafiske fremstilling af incidens over tid i figur 8.3.2.1, der viser, at der i alle lande er sket et skift i incidensen over de seneste 10 år.

Mortalitet

Den justerede mortalitetsrate svinger i 2006/2007 mellem 42,5 og 58,9 pr. 100.000. Finlands rate afviger fra de øvrige lande, hvor supplerende resultater (fremgår ikke af indeværende temasektion) viser, at Finlands mortalitetsrate er faldet over tid.

Kliniske registre og retningslinjer

Alle nordiske lande har enten et klinisk register eller kliniske retningslinjer for sygdomsområdet, mens det fremgår at Norge har såvel register som retningslinjer.



8.3.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Kræft i blærehalskirtlen giver i mange tilfælde ikke symptomer og er langsomt udviklende. Opdagelse af sygdommen vil derfor være meget afhængig af screeningsprogrammer. På den baggrund vil data for kræftformen samtidig være svære at sammenligne og forskelle i overlevelse/dødelighed kan skyldes omfanget af screeningsprogrammets indførelse.

Der er ikke data for alle lande for 5 års overlevelsen – og det er derfor ikke muligt at konkludere for alle lande. Det er bemærkelsesværdigt, at Finland har en højere overlevelse end Norge og Island. En højere overlevelse, som måske hænger sammen med, at incidensen i perioder har været højere i samme land. Dette kunne indikere, at lettere sygdomstilfælde i højere grad opdages i Finland, hvor der da også har været gennemført forsøg med screening. Mortaliteten i Finland er samtidig i de senere år faldet (supplerende resultater, som ikke fremgår af indeværende temasektion) i forhold til resten af Norden, hvilket kan indicere, at kvaliteten af behandlingen er forbedret.

8.4 Kræft i luftrør, bronkie og lunge

8.4.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Lungekræft er en særdeles alvorlig sygdom med meget lav 5 års overlevelse og den 2. hyppigste kræftform blandt begge køn i de industrialiserede lande (OECD).

8.4.2 Resultater

Kræft i luftrør, bronkie og lunge	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet, incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse Eksempeldata mhp. at illustrere forskelle mellem regioner og over tid i forhold til en procesindikator	Mangler: Data vedr. 5 års overlevelse for Danmark
--	--	---

Data vedr. kræft i luftrør, bronkie og lunge gælder patienter der er førstegangsdagnosticeret med ICD 10-diagnosen: C33 & C34

Der er komplette data for Island, Norge, Sverige og Finland, hvor data for 5 års overlevelse mangler for Danmark.

Resultater vedr. 5 års overlevelse er opgjort svarende til metode anvendt i forbindelse med afrapportering til OECD.

Oplysninger om mortalitet og incidens er hentet fra NORDCAN.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Data vedr. 5 års overlevelse dækker patienter fulgt fra hhv. 2001, 2002 og 2003; basisindikatorer fra perioden 2006-2008 – dette bør holdes for øje i fortolkningen.

Basisindikatorer, tabel 8.4.2.1			
Kræft i luftrør, bronkie og lunge, mortalitet, 2006/2007	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark (2006)	1.708/2.077	62,2/77,2	57,5/87,7
Finland (2007)	549/1.423	20,3/54,9	16,8/61,7
Island (2006-2008)	66/65	43,4/40,9	52,0/59,0
Norge (2006)	794/1.212	33,8/52,4	32,5/62,4
Sverige (2007)	1.652/1.787	35,9/39,3	30,1/39,3

Kræft i luftrør, bronkie og lunge, incidens (2007 med mindre andet er anført ud for landet)	Antal	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark	1.994/2.253	72,4/83,4	67,1/90,8
Finland	678/1.502	25,1/58,0	20,8/63,7
Island (2006-2008)	72/77	47,5/48,7	56,6/68,6
Norge	1.078/1.476	45,6/63,0	44,3/73,5
Sverige	1.564/1.620	34,0/35,7	29,2/35,4

Strukturindikatorer, tabel 8.4.2.2			
Kræft i luftrør, bronkie og lunge, kliniske registre og retningslinjer	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Nej	-	Ja
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Norge	Ja (kun kirurgisk behandling for lungekræft)	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Under udarbejdelse, Publiceres i december 2010

Incidens

Incidens af kræft i luftrør, bronkie og lunge i de nordiske lande ligger mellem 20,8 kvinder hhv. 35,4 mænd pr. 100.000 (nordiske standardpopulation) og 56,6 kvinder hhv. 90,8 mænd pr. 100.000. Dvs. for både mænd og kvinder er den højeste incidens mere end dobbelt så høj som den laveste. På tværs af kønnene har Danmark den højeste incidens. Finland har de største kønsforskelle, mens Sverige har den laveste incidens på tværs af kønnene.

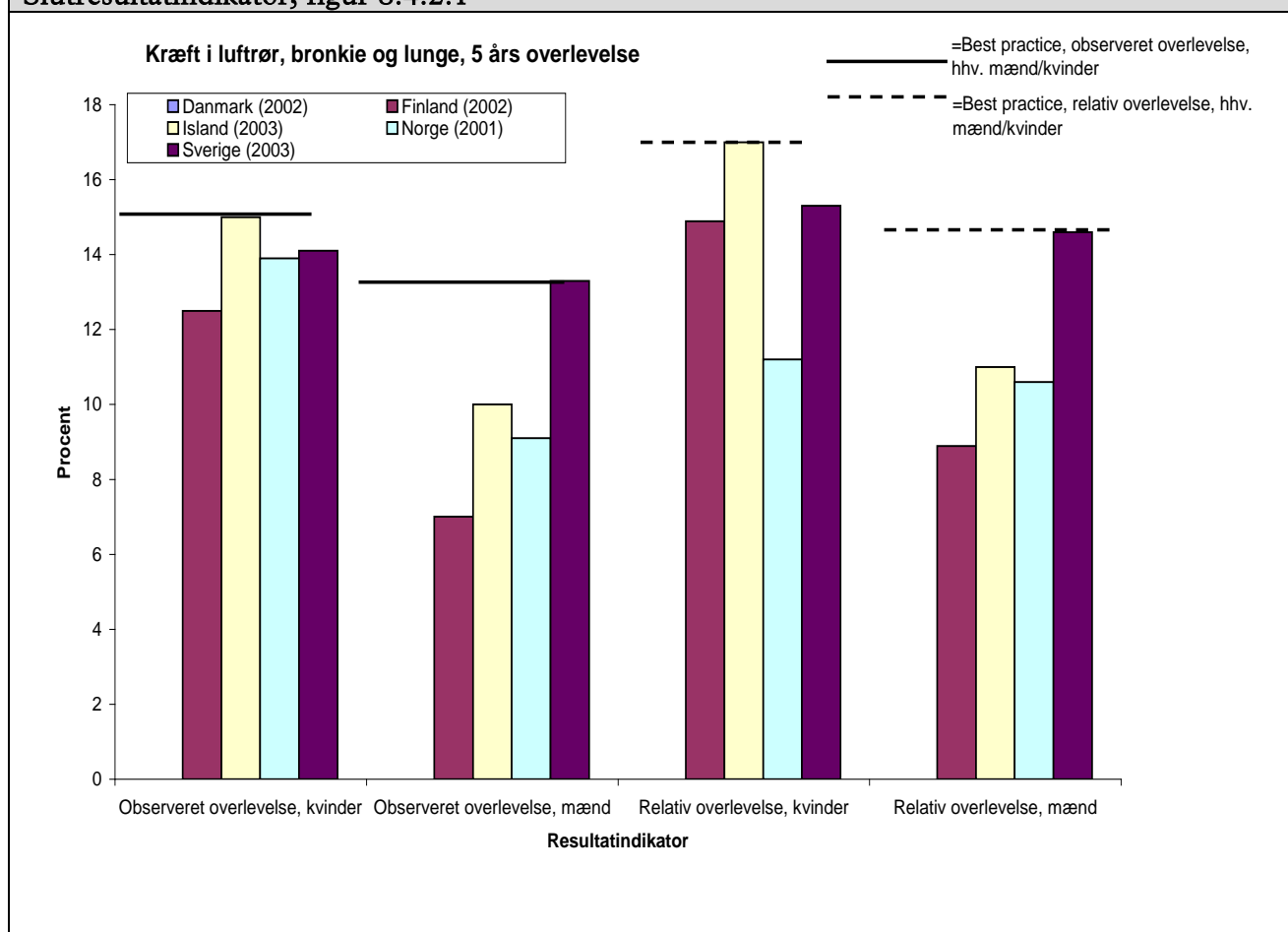
Mortalitet

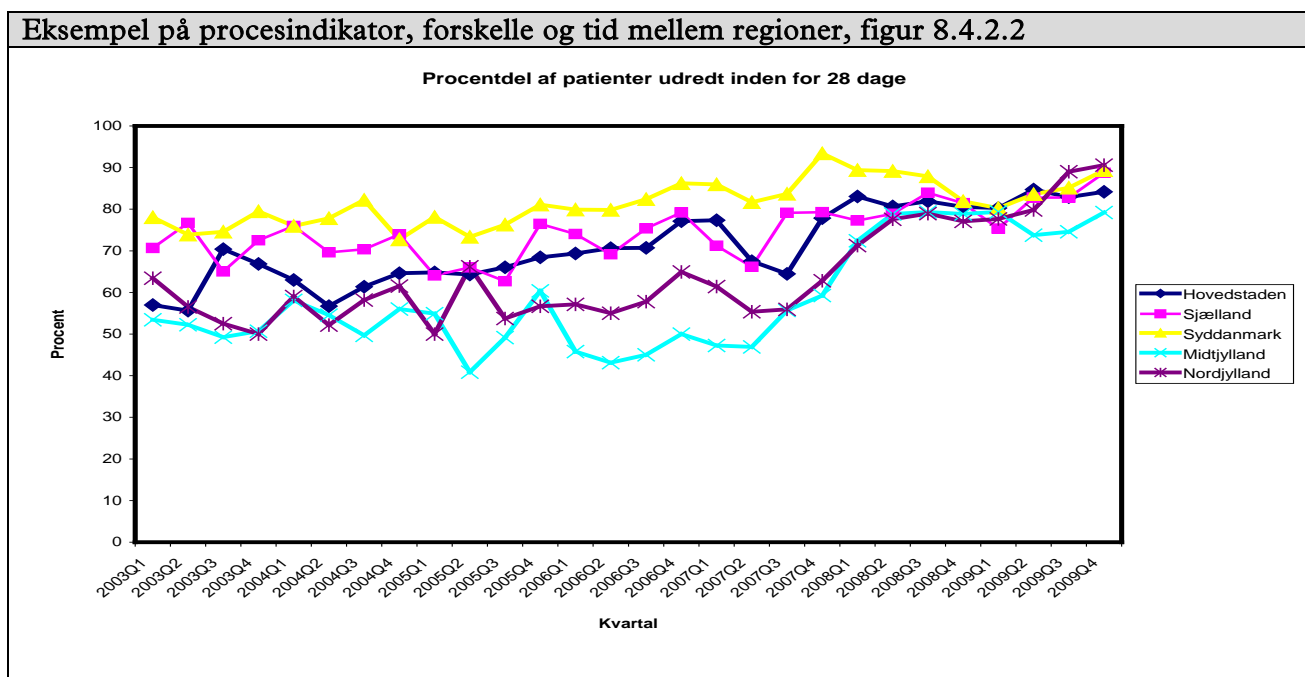
Den justerede mortalitetsrate svinger ganske markant mellem landene og kønnene. Hvor Danmark har en markant højere mortalitet for begge køn.

Kliniske registre og retningslinjer

Alle de 5 nordiske lande har enten et klinisk register eller kliniske retningslinjer for sygdomsområdet, mens det fremgår at Island, Norge og Danmark har begge dele.

Slutresultatindikator, figur 8.4.2.1





8.4.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Der mangler data for Danmark vedr. 5 års overlevelse, hvilket gør, at der ikke kan drages konklusioner for hele Norden.

Forskellene i incidens/prævalens hænger sammen med forskelle i rygemønster på tværs af lande og køn. Island har den højeste overlevelse for kvinder, mens overlevelsen for mænd er højest i Sverige.

Sygdommen rammer flere mænd end kvinder og 5 års overlevelsen er desuden lavere blandt mænd end kvinder. Islands højere observerede overlevelse for kvinder kan ikke umiddelbart forklares af forskelle i basisindikatorerne, men kan dog være udtryk for tilfældig variation, da Islands resultater er baseret på få patienter.

Eksempeldata fra Danmark viser, at markant flere patienter er udredt inden for en tidsramme på 28 dage i 2008 end tidligere (figur 8.4.2.2) – denne markante ændring skete i forbindelse med indførelse af kræftpakker, der opstillede garantier for patienter i forhold til maksimal behandlingstid. Kræftpakkerne blev indført i Danmark efter periode med stor politisk fokus på udredningstider og ventetid til behandling, der var længere end fagligt anbefalet.

8.5 Kræft i tyk- og endetarm

8.5.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Kræft i tyk- og endetarm (incl. anus og analkanalen) er den 3. mest hyppige cancerform for både mænd og kvinder. Overlevelsen er steget betydeligt verden over (OECD), men der er forskning, der peger på, at screenings- og behandlingsmulighederne fortsat ikke bliver udnyttet i fuld grad og det er derfor relevant at følge evt. forskelle i behandlingsresultatet.

8.5.2 Resultater

Kræft i tyk- og endetarm	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet, incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 5 års overlevelse	Mangler: Opsplittede data for de forskellige undergrupper for alle lande på nær Norge. Data vedr. 5 års overlevelse for Danmark
---------------------------------	--	---

Data vedr. kræft i tyk- og endetarm gælder patienter der er førstegangsdagnosticeret med ICD 10-diagnoserne: C18-21.

Resultater vedr. 5 års overlevelse svarer til data afleveret til OECD.

Oplysninger om mortalitet og incidens er hentet fra NORDCAN.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Data vedr. 5 års overlevelse dækker patienter fulgt fra hhv. 2001, 2002 og 2003; basisindikatorer fra perioden 2006-2008 – dette bør holdes for øje i fortolkningen.

Basisindikatorer – kræft i endetarm, tabel 8.5.2.1

Kræft i endetarm, mortalitet, 2006/2007	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark (2006)	274/335	10/12,5	8,8/15,2
Finland (2007)	181/227	6,7/8,8	5,4/10,1
Island (2006-2008)	3/3	2,0/2,3	2,2/3,4
Norge (2006)	181/234	7,7/10,1	6,6/12,2
Sverige (2007)	369/450	8,0/9,9	6,3/10,1

Kræft i endetarm, incidens (2007 med mindre andet er anført ud for landet)	Antal, der får konstateret sygdommen	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark	659/883	23,9/32,7	21,8/35,2
Finland	436/547	16,2/21,1	13,5/22,4
Island (2006-2008)	19/20	12,4/12,6	14,3/17,1
Norge	502/614	21,2/26,2	20,2/30,0
Sverige	955/1174	20,7/25,8	17,2/25,8

Basisindikatorer – kræft i tyktarm, tabel 8.5.2.2			
Kræft i tyktarm, mortalitet, 2006/2007	Antal døde	Rå dødelighedsrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark (2006)	765/700	27,9/26,0	24,5/32,0
Finland (2007)	346/327	12,8/11,8	10,3/15,0
Island (2007)	20/22	13,1/14,1	15,3/21,6
Norge (2006)	625/533	26,6/23,0	23,2/28,4
Sverige (2007)	997/830	21,7/18,3	16,8/19,0

Kræft i tyktarm, incidens (2007 med mindre andet er anført ud for landet)	Antal, der får konstateret sygdommen	Rå incidensrate pr. 100.000	Befolkningsandel per 100 000 (nordisk standardpopulation)
	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd	Kvinder/mænd
Danmark	1.318/1.239	47,8/45,8	43,0/51,6
Finland	821/734	30,4/28,3	25,1/31,6
Island (2006-2008)	45/60	29,4/37,8	34,9/53,9
Norge	1.207/1.036	51,0/44,2	47,1/53,0
Sverige	1.914/1.738	41,6/38,3	34,5/38,7

Strukturindikatorer, tabel 8.5.2.3			
Kræft i tyktarm, endetarm, anus og analkanalen	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Nej (men datainsamling for pilotstudie er iværksat)	-	Nej
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Norge	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja

Incidens - kræft i endetarm

Incidens af kræft i endetarm i de nordiske lande ligger mellem hhv. 13,5 kvinder/17,1 mænd og 21,8 kvinder/35,2 mænd pr. 100.000 (nordisk standardpopulation). Dvs. incidensen for kvinder er relativ ensartet på tværs af de nordiske lande, mens der er betydelig variation i forhold til mænd, hvor Norge og Danmarks er markant højere.

Mortalitet - kræft i endetarm

Den justerede mortalitetsrate svinger mellem 2,2 til 15,2 på tværs af køn og lande. Danmark har en relativ høj mortalitet, og Island en relativ lav mortalitet i forhold til denne sygdom.

Incidens - kræft i tyktarm

Incidens af kræft i tyktarm i de nordiske lande ligger mellem hhv. 25,1 kvinder/31,6 mænd og 47,1 kvinder/53,9 mænd pr. 100.000 (nordisk standardpopulation). Dermed er der relativ stor variation mellem de nordiske lande i incidensen.

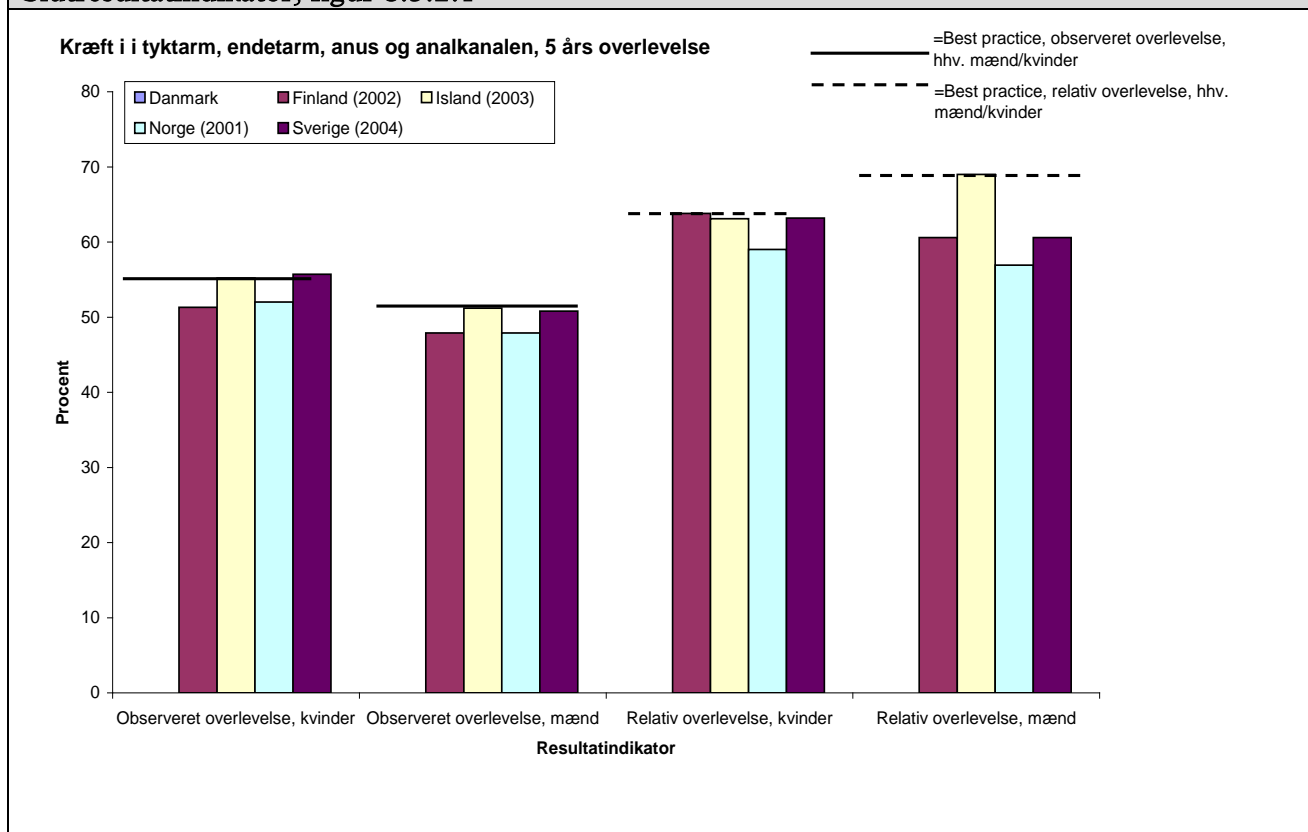
Mortalitet - kræft i tyktarm

Den justerede mortalitetsrate viser forskelle i mortaliteten på tværs af landene, hvor Danmarks mortalitet er ca. 2,5 gange større end Finlands.

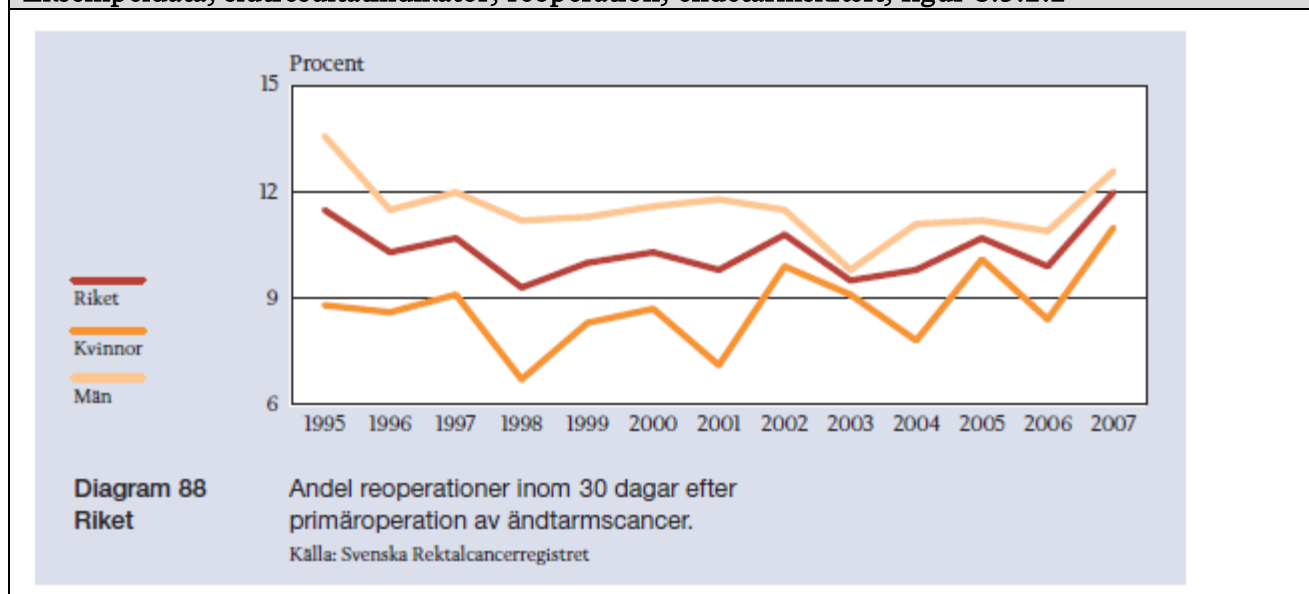
Kliniske registre og retningslinjer

Alle lande undtagen Finland har kliniske retningslinjer og et klinisk register for patienter med kræft i tyk- og endetarm.

Slutresultatindikator, figur 8.5.2.1



Eksempeldata, slutresultatindikator, reoperation, endetarmskræft, figur 8.5.2.2



8.5.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Overlevelse og mortalitet i forhold til denne sygdomsgruppe bør ideelt set opgøres separat for de 3 undergrupper 1) kræft i tyktarm 2) kræft i endetarm og 3) kræft i anus og analkanal, da der er tale om 3 vidt forskellige kræftformer med forskellige prognoser og behandlinger. Det har dog ikke været muligt at få separate data fra tilstrækkelig mange lande til at tillade sammenligning for slutresultatindikatoren; derfor er 5 års-overlevelsen alene afreporteret samlet for tilstandene.

Data for mortalitet, incidens og prævalens er alene opdelt iforhold til hhv. tyktarm og hhv. endetarm, hvor sidstnævnte inkluderer anus/analkanal.

Supplerende resultater for Norge (ikke vist her) viser, at den relative 5 års overlevelse for endetarmskræft er ca. 6 procentpoint lavere end 5 årsoverlevelsen for tyktarmskræft, og 18 procentpoint lavere end overlevelsen for kræft i anus og analkanal. Mortalitet i forhold til kræft i tyktarm er ca. dobbelt så høj som mortaliteten for kræft i endetarm/anus/analkanal. Der kan dog være endnu større forskelle i forhold til hhv. kræft i endetarm og hhv. kræft i anus/analkanal.

De svenske resultater dækker alene kræft i tyktarm, hvilket betyder, at data skal tolkes med forsigtighed. Kræft i tyktarm er den mest hyppige kræftform blandt de 3 kræftformer, så resultater kan være retvisende, men det er vanskeligt at fortolke på data generelt jf. den manglende opdeling i kræftformer.

5 års overlevelsen for Island er trods usikkerheden højere end resten af de nordiske lande for mænd. Samtidig har Island en forholdsvis lav prævalens, incidens og mortalitet i forhold til begge sygdomsgrupper. Forskellene er så markante, at det må formodes, at det skyldes forskelle i patientsammensætningen evt. forskelle i livstilsfaktorer.

Der er ikke afrapporteret resultater for Danmark for 5 års overlevelse, men studier viser, at overlevelsen er steget markant i Danmark fra 1994 – 2005 (Bülow S, Harling H et al., ”*Survival after rectal cancer has improved considerably in Denmark*”, Ugeskrift for Læger, 2009 sep. 14; 171(38): 2735-8). Hvis lignende trends kan observeres i andre nordiske lande, skal ovenstående resultater fortolkes med forsigtighed, da de dækker forskellige år i perioden 2000-2003.

8.6 Stroke/apopleksi – blodprop i hjernen

8.6.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Apopleksi er den tredje hyppigste årsag til død og nedsat førlighed i industrialiserede-lande (WHO, 2002). Det vurderes, at omkring 2-4 % af sundhedsudgifter bruges til patienter med apopleksi, ligesom der er betydelige udgifter forbundet med genoptræning.

Behandlingsmuligheder i forhold til blodprop i hjernen er øget betydeligt over de seneste år; indførelses hastigheden i forhold til disse behandlingsmuligheder kan formodes at påvirke case-fatality og prævalensen af sygdommen.

8.6.2 Resultater

Stroke/apopleksi – blodprop i hjernen	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata på procesindikatorer, og slutresultatindikatorresultat over tid	Mangler: Incidensoplysninger for alle lande
--	---	--

Data vedr. stroke/apopleksi – blodprop i hjernen gælder patienter diagnosticeret med ICD 10-diagnoserne: I63-I64

Resultater vedr. case-fatality svarer til data afleveret til OECD.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Eksempeldata for procesindikatorer er leveret af det danske nationale indikatorprojekt (NIP).

Eksempeldata på udvikling over tid i 28 dages case fatality er leveret af det svenske patient- og dødsårsregister, Socialstyrelsen, Sverige.

Basisindikatorer			
Uoplyst alle lande			
Strukturindikatorer, tabel 8.6.2.1			
Stroke/apopleksi	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Nej	-	Ja
Island	Nej		Ja
Norge	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja

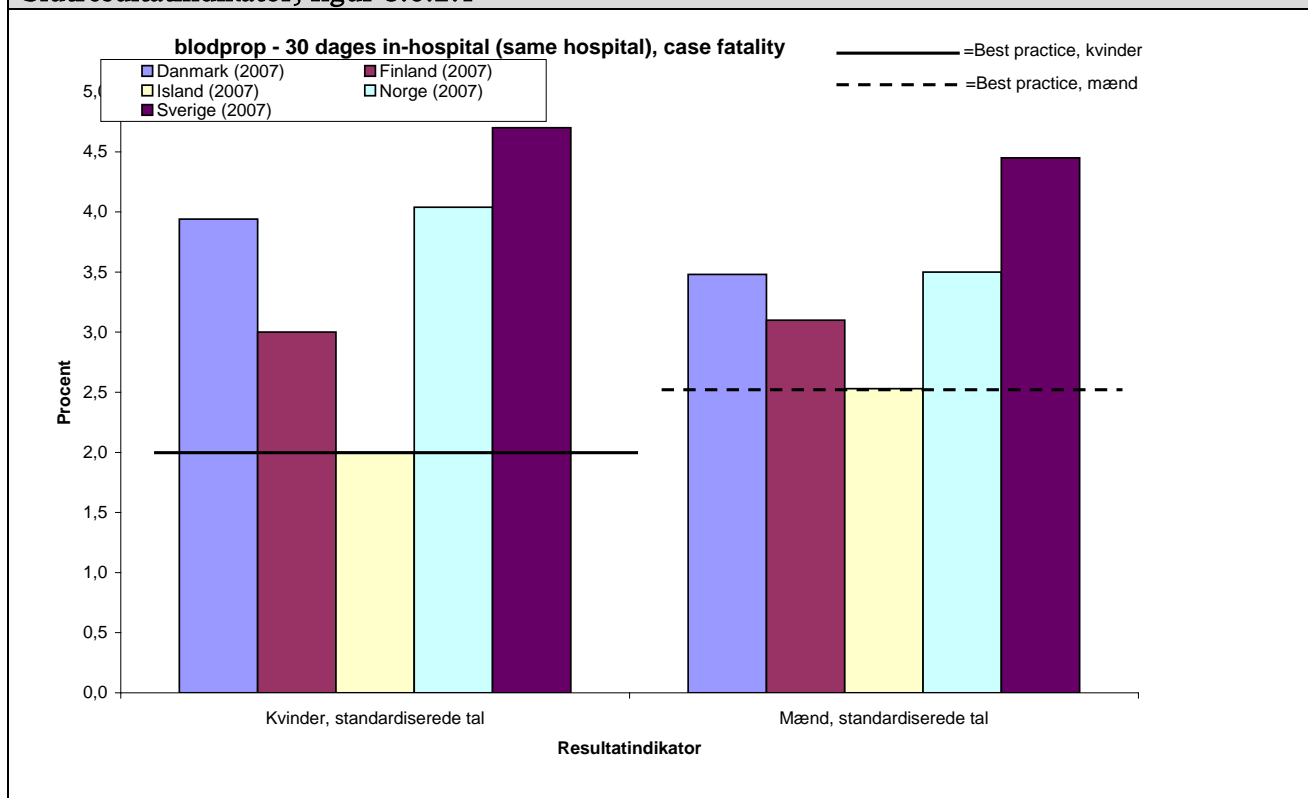
Incidens og prævalens

Oplysninger om incidens og prævalens er uoplyst for alle lande.

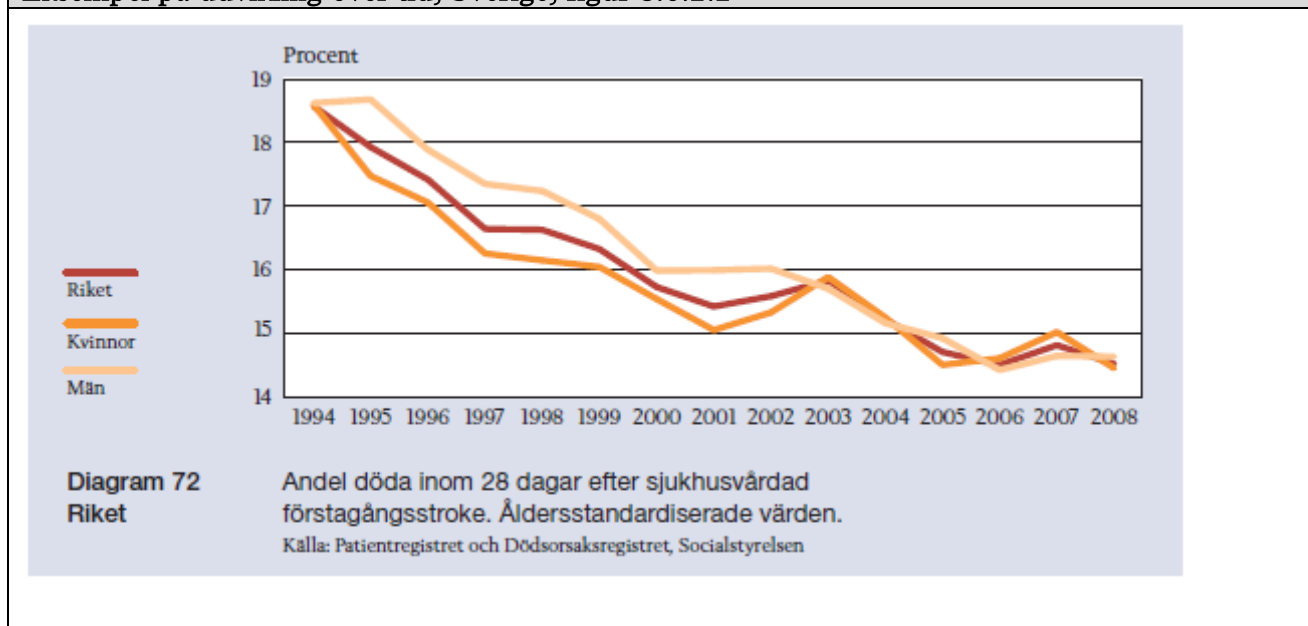
Kliniske registre og retningslinjer

Alle lande har kliniske retningslinjer for sygdomsområdet – Sverige, Norge og Danmark har desuden kliniske registre.

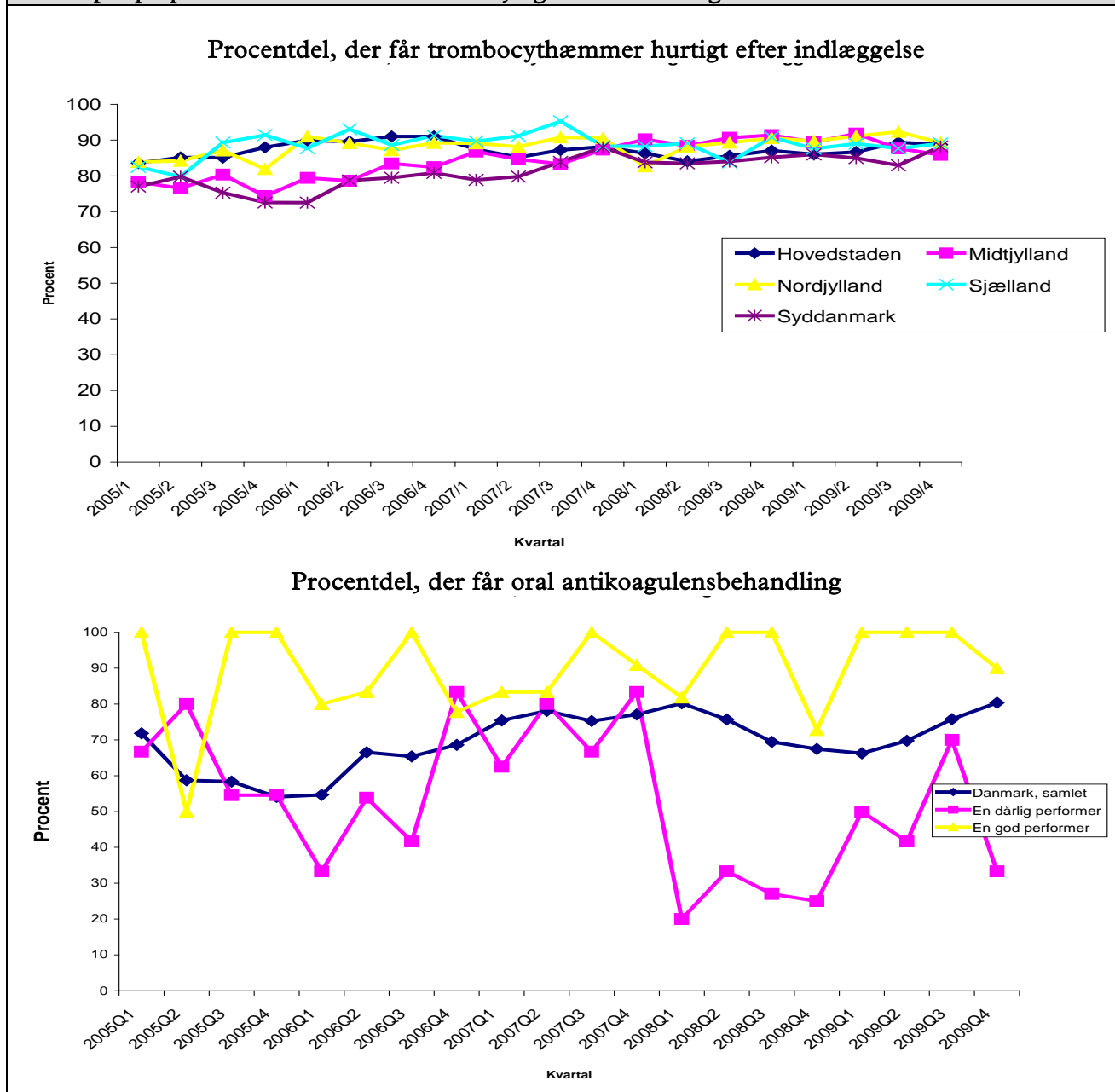
Slutresultatindikator, figur 8.6.2.1



Eksempel på udvikling over tid, Sverige, figur 8.6.2.2



Eksempel på procesindikatorer – Danmark, figur 8.6.2.3 & figur 8.6.2.4



8.6.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

For at sikre højere grad af validitet af data er det valgt at afrapportere resultater vedr. stroke/apopleksi i forhold til de 2 separate undergrupper blodprop i hjernen / hjerneblødning. 30 dages case-fatality for de 2 grupper er forskellige og det øger dermed sammenligneligheden at opsplitte resultater.

Desværre mangler oplysninger vedr. incidens og prævalens, hvilket vanskeliggør meningsfuld fortolkning af 30 dages case-fatality.

Derudover er alene in-hospital fatality oplyst for alle lande. In-hospital fatality kan være afhængig af sygehusorganisering og er derfor ikke så egnet til sammenligning som 30 dages in- eller out of hospital case fatality. Der er dog valgt at tage udgangspunkt i dette resultat, da det som det eneste, er oplyst for alle lande.

Supplerende data for Danmark og Sverige, viser at den samlede 30 dages case fatality (rå rate) for de 2 lande stiger i forhold til in-hospital fatality med hhv. 2,5 procentpoint og omkring ét procentpoint. Denne store forskel i ændring af raten kunne bekræfte antagelsen om, at in-hospital dødelighed er svær af fortolke meningsfuldt.

Det er vanskeligt at konkludere på in-hospital-case fatality. Sverige har tilsyneladende en højere case-fatality, men de supplerende beregninger for Sverige og Danmark for den samlede 30-dages dødelighed indikerer, at Sverige måske fanger mere af den samlede case-fatality 'in-hospital', måske pga. opgørelsesteknik eller tilrettelæggelsen af patientforløb på tværs af hospitaler.

Det kan ikke konkluderes, at der er betydende forskelle mellem landene uden yderligere oplysninger vedrørende basisindikatorer. Case-fatality for apopleksi er meget afhængig af, hvor stor en del af patienterne, der kommer i kontakt med hospital, idet tidligt dødsfald i områder med lang vej til hospital kan medføre en lavere case-fatality på hospitalet, selvom overlevelsen i populationen skulle være den samme.

En endelig konklusion kræver data for alle lande for 30 dages case-fatality, men resultaterne ovenfor tyder på, at den nordiske in-hospital case-fatality ligger inden for grænserne af internationale målsætninger (Helsingborg deklARATIONEN).

Prognosen for patienter med apopleksi er stærk afhængig af hurtig iværksættelse af relevant behandling. På denne baggrund er det meget relevant at måle kvaliteten i forhold til procesmål. Især da andre målinger har vist store forskelle i resultater på tværs af afdelinger/lande (NIP-publikationer af resultater for Danmark).

Samtidig er det dog nødvendigt at sikre indsamling af sammenlignelige oplysninger vedr. basis- og resultatindikatorer, især fordi der er indikation på, at disse data er under forandring (Wilhelmsen, L., Köster M. et al., *Differences between coronary disease and stroke in incidence, case fatality, and risk factors, but few differences in risk factors for fatal and non-fatal events*, European Heart Journal, 2005, vol. 26, no18, pp. 1916-1922), hvilket også eksempeldata fra Sverige viser (figur 8.6.2.2).

8.7 Stroke/apopleksi – hjerneblødning

8.7.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Apopleksi er den tredje hyppigste årsag til død og nedsat førlighed i industrialiserede lande (WHO, 2002). Det vurderes, at omkring 2-4 % af sundhedsudgifter bruges til patienter med apopleksi, ligesom der er betydelige udgifter forbundet med genoptræning.

8.7.2 Resultater

Stroke/apopleksi – hjerneblødning	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: incidens Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata på procesindikatorer	Mangler: Incidensoplysninger for alle lande
--	--	--

Data vedr. stroke/apopleksi – hjerneblødning gælder patienter diagnosticeret med ICD 10-diagnoserne: I61-I62

Resultater vedr. case-fatality svarer til data afleveret til OECD.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af temagruppens medlemmer.

Eksempeldata for procesindikatorer er leveret af det danske nationale indikatorprojekt (NIP).

Basisindikatorer
Uoplyst alle lande

Strukturindikatorer, tabel 8.7.2.1			
Stroke/apopleksi	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Finland	Nej	-	Ja
Island	Nej	-	Ja
Norge	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja

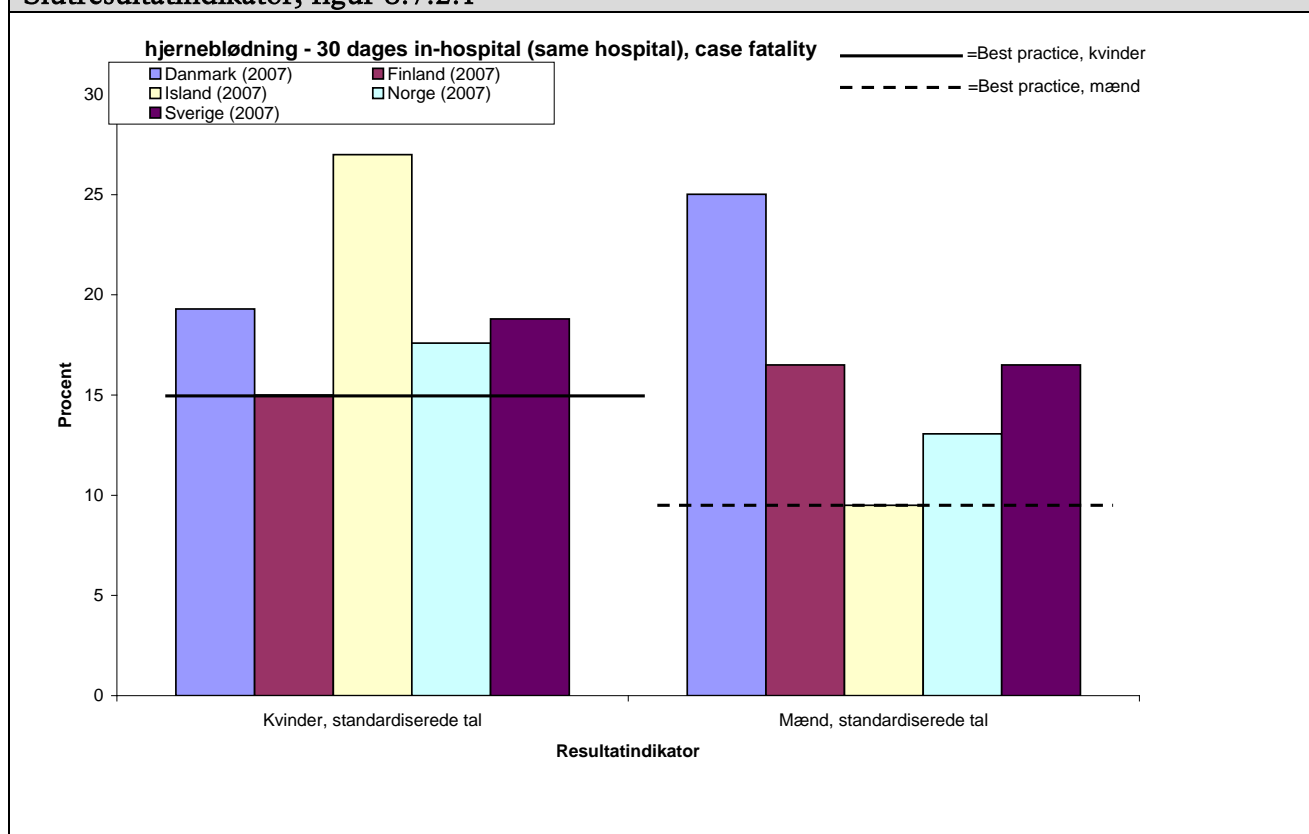
Incidens og prævalens

Oplysninger om incidens og prævalens er uoplyst for alle lande.

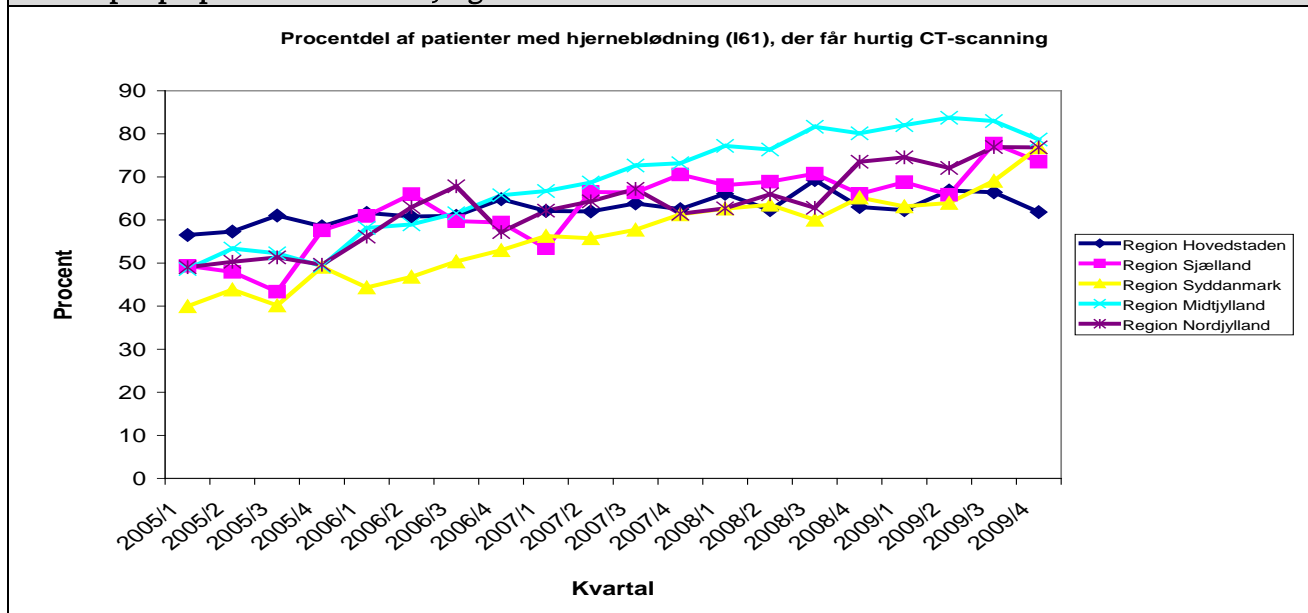
Kliniske registre og retningslinjer

Alle de 5 nordiske lande har kliniske retningslinjer for sygdomsområdet – Sverige, Norge og Danmark har desuden kliniske registre.

Slutresultatindikator, figur 8.7.2.1



Eksempel på procesindikatorer, figur 8.7.2.2



8.7.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

I denne kategori er inkluderet patienter med diagnosen I62 - Ikke traumatisk intrakraniell blødning, anden. Dette er ikke typisk og kan medføre misvisende resultater. Bemærk at den supplerende opgørelse for patienter, der CT-scannes, alene dækker patienter med diagnose I61 (figur 8.7.2.2).

Se i øvrigt bemærkninger til resultater vedr. apopleksi/stroke – blodprop i hjernen

Island er outlier både i forhold til mænd og kvinders case-fatality, men landets resultater er baseret på meget få patienter, og da de afviger hhv. positivt og negativt for hhv. mænd og kvinder, må det antages, at det skyldes tilfældig variation.

Danmarks case-fatality blandt mænd er forholdsvis høj. De supplerende data vedrørende ren 30 dages case-fatality (in- & out-hospital) viser også højere mortalitet i Danmark end Sverige for denne gruppe. Uden tal for incidens/prævalens, herunder brug af diagnosen I62, er det vanskeligt at kommentere på årsager til denne forskel.

Se i øvrigt bemærkninger til resultater vedr. apopleksi/stroke – blodprop i hjernen.

8.8 Akut myokardieinfarkt (AMI)

8.8.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Hjertekarsygdomme er fortsat den hyppigste årsag til død i I-lande, trods at dødeligheden er faldet siden 1970'erne. Faldet i dødelighed kan hænge sammen med bedre akut behandling ift. AMI (Kilde: OECD), men der er behov for yderligere analyse for at forklare forskelle over tid og mellem regioner (Kilde: Köster M., Andersson J., Carling K, Rosén M, ”Dødlighet efter hjärtinfarkt har minskat i nästan alla landsting under 1990-talet (...)”, Läkartidningen, 2003, no37, pp. 2838-2844).

8.8.2 Resultater

Akut myokardieinfarkt (AMI)	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: incidens (udelukkende sygehusindlagte), mortalitet Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre Slutresultatindikatorer: 30 dages case-fatality Eksempeldata mhp. at illustrere forskelle mellem regioner og over tid.	Mangler: Mortalitet og incidens alle lande.
------------------------------------	---	--

Data vedr. AMI dækker patienter diagnosticeret med ICD 10-diagnoserne: I21

Resultater vedr. case-fatality svarer til data der er rapporteret til OECD.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af temagruppens medlemmer.

Data fra Norge, vedrørende regionale forskelle/forskelle over tid for case-fatality, er leveret direkte af det norske mellem af temagruppen.

Basisindikatorer
Uoplyst

Strukturindikatorer, tabel 8.8.2.1

AMI	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Nej	-	Ja
Finland	Nej	-	Ja
Island	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja
Norge	Nej	-	Nej
Sverige	Ja	Forskning og kvalitetsudvikling	Ja

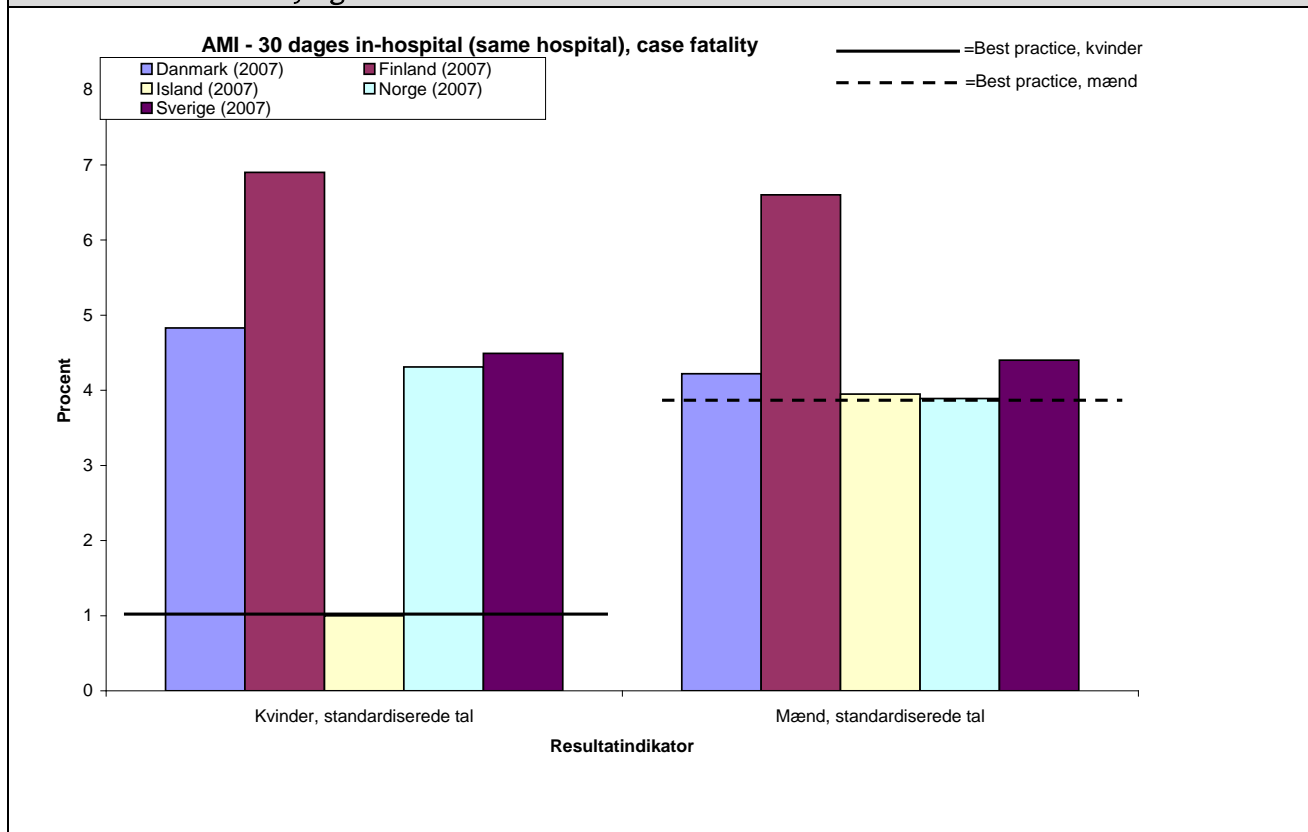
Incidens og mortalitet

Der er ikke en fælles definition i de nordiske lande vedrørende incidens og mortalitet, og der er således ikke adgang til sammenlignelige resultater på dette område. Resultaterne er derfor ikke afrapporteret her. Det er fravalgt at rapportere data for prævalens, da det ikke vurderes, at man opgør prævalens for en akut sygdom.

Kliniske registre og retningslinjer

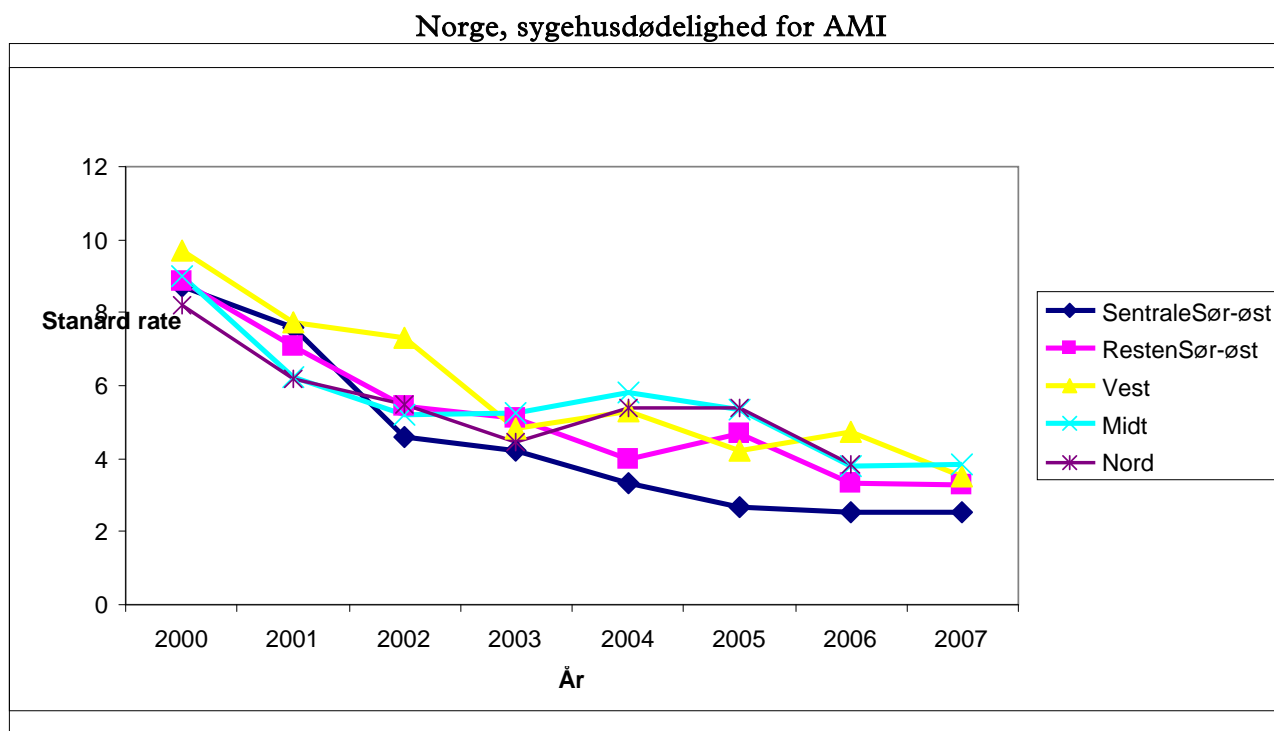
Norge har ikke klinisk register eller retningslinjer for området. Sverige og Island har klinisk register og kliniske retningslinjer, mens Finland og Danmark har kliniske retningslinjer.

Slutresultatindikator, figur 8.8.2.1



Eksempel på forskelle og tid mellem regioner, figur 8.8.2.2

Norge – in-hospital – case-fatality



8.8.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Da oplysninger mangler vedrørende mortalitet, vanskeliggøres en meningsfuld fortolkning af 30 dages case-fatality. Derudover er alene in-hospital fatality oplyst for alle lande. In-hospital fatality kan være afhængig af sygehusorganisering, og er derfor ikke så egnet til sammenligning som 30 dages in- eller out of hospital case fatality. Det er dog valgt at tage udgangspunkt i dette resultat, da det som det eneste, er oplyst for alle lande.

Enhver sammenligning af case-fatality må kun ske, hvis data er fra samme år jf. studier af incidens og mortalitet (Klinisk Epidemiologisk Afdeling, 'Rapport nr. 39: Blodprop i hjertet – forekomst og prognose'), der viser markante skift over tid – også illustreret af resultaterne for Norge, der viser store forskelle i resultaterne for 30 dages in-hospital case fatality over tid (figur 8.8.2.2).

Islands data er baseret på få data (under 400 patienter samlet), deres lave 30 dages case-fatality for kvinder er dog fortsat bemærkelsesværdig lav.

Finland har en noget højere case-fatality – uden oplysninger om basisindikatorer er det ikke muligt at vurdere, om denne forskel er klinisk betydningsfuld.

8.9 Astma

8.9.1 Klinisk begrundelse for valg af sygdomsområde

Astma er den hyppigste kroniske sygdom blandt børn og prævalensen har været kraftigt stigende, hvor den i nogle I-lande er fordoblet på 30 år.

8.9.2 Resultater

Astma	Resultater præsenteret: Basisindikatorer: mortalitet for 5-39 årige Strukturindikatorer: oplysningerne om kliniske retningslinjer og registre	Mangler:
--------------	---	----------

Data vedr. astma dækker patienter diagnosticeret med ICD 10-diagnoserne: J450, J451, J458, J459, J46

Resultater vedr. mortalitet svarer til data afrapporteret til OECD.

Oplysninger om kliniske retningslinjer og registre er indsamlet af referencegruppens medlemmer.

Basisindikatorer, tabel 8.9.2.1

Mortalitet (udelukkende sygehusindlagte)	Antal Kvinder/mænd	Rå mortalitetsrate pr. 100.000	Befolkningsandel pr. 100.000 (OECD standardpopulation)
Danmark	1/1	0,12 / 0,12	0,08 / 0,08
Finland	0/1 (2)	0,0 / 0,12 (0,24)	0,18 / 0,0
Island	0/0	0,0 / 0,0	0,0 / 0,0
Norge	0 (2)*/1	0,0 (0,26) / 0,13	0,18 / 0,09
Sverige	1/1	0,07 / 0,07	0,05 / 0,05
*se kommentar i afsnit 8.9.3			

Strukturindikatorer, tabel 8.9.2.2

Astma	Eksisterer klinisk register?	Formål med register?	Eksisterer kliniske retningslinjer som er nationalt gældende og som revideres regelmæssigt
Danmark	Nej	-	Nej
Finland	Nej	-	Ja
Island	Nej	-	Ja
Norge	Nej	-	Nej
Sverige	Ja	-	Ja

Kliniske registre og retningslinjer

Sverige har et klinisk register. Sverige, Island og Finland har kliniske retningslinjer for området.

8.9.3 Validitet/sammenlignelighed af resultater

Der er tilsyneladende fejl i de tentative data sendt efter OECD-beregningsregler, hvor der i den rå rate ikke er taget højde for dødsfald blandt 5-14 årige – for 2 lande (Norge og Finland) har dette betydning, og der er derfor lavet en genberegning, som fremgår i parentes efter det tal, der er løftet fra OECD-data.

Det absolutte antal dødsfald i de nordiske lande er så lavt, at resultaterne ikke giver mulighed for at konstatere eventuelle kvalitetsforskelle.

9. Diskussion og anbefalinger

Indeværende temasektion illustrerer, at det er muligt at udvælge relevante indikatorer med henblik på formidling, sammenligning og benchmarking. Det skal understreges, at der kun er tale om relativt få eksempler, som er udvalgt med henblik på illustration af projektets fokus.

De præsenterede data illustrerer imidlertid også, at fortolkningen af disse er vanskelig. Som det fremgår, er der i relation til visse indikatorer forskellige måder at opgøre data på, ligesom der kan være validitetsproblemer med data. For nogle indikatorer har det været vanskeligt at indsamle ensartede, tidstro data i de respektive nordiske lande, ligesom det for en række indikatorer ikke er muligt for enkelte lande at indsamle data. Dette kan dels skyldes, at disse data ikke rutinemæssigt indsamles i de pågældende lande, dels at eksisterende lovgivning vanskeliggør dataindsamling.

Ovenstående indebærer, at data skal fortolkes med stor varsomhed. Identificerede forskelle kan således skyldes metodemæssige problemstillinger, og således ikke nødvendigvis forskelle i kvaliteten. De data, der er tilgængelige, kan således næppe anvendes til retvisende sammenligninger og benchmarking, men snarere til at stille spørgsmål om, hvorvidt der eksisterer reelle forskelle i kvaliteten i relation til de valgte indikatorer for de pågældende sygdomsområder. Korrekte fortolkninger vil kræve fuld afklaring af information om basisindikatorer og strukturindikatorer, kendskab til lokale kliniske forhold, samt inddragelse af klinikere og klinisk epidemiologisk ekspertise.

De præsenterede eksempler fra de forskellige nordiske landes egne kliniske registre og indikatorsystemer illustrerer, at der er iværksat særdeles interessante initiativer, som har produceret vigtige resultater til dokumentation og udvikling af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Det fremgår ligeledes af denne temasektion, at det ikke har været muligt at indsamle data til dokumentation og sammenligning af kvaliteten af diabetesbehandling i de nordiske lande på grund af manglende data. Dette illustrerer, at det selv for alvorlige velfærdssygdomme ikke er muligt at foretage retvisende sammenligninger mellem de nordiske lande. Dette viser ligeledes det moderne sundhedsvæsenes begrænsede muligheder for at dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Denne problemstilling er ligeledes velkendt fra OECDs indikatorprojekt.

De nordiske lande har unikke muligheder for at producere data til belysning af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, fordi det i de nordiske lande er muligt at indsamle personidentificerbare data, da landene har personnummersystemer og velfungerende registre, der giver mulighed for relevante samkøringer.

Det anbefales, at kvalitetsdata for Danmark, Sverige, Norge, Finland og Island fremover publiceres i regi af NOMESKO årligt. Alle indikatorer præsenteret i indeværende temasektion er udtryk for valide indikatorer, der afdækker relevante aspekter af kvaliteten i behandlingen i sygdomsspecifikke områder. I første omgang anbefales dog alene, at der tages udgangspunkt i data, der i forvejen leveres til OECD med kontinuerlig fokus på mulighed for gradvis udvidelse af målepunkter. I forhold til data, der leveres til OECD, er der udarbejdet klare datadefinitioner herunder entydige definitioner af tæller og nævner. Hvis der skal afrapporteres yderligere data i regi af NOMESKO er minimumskravet, at

tilsvarende indikatoralgoritmer udarbejdes, da resultatindsamling uden disse algoritmer ikke kan forventes at give sammenlignelige resultater.

De nordiske lande har ligeledes en unik mulighed for at sikre relevant fortolkning af de data, der allerede afrapporteres i regi af OECD. Det vil sikre en forståelse af, hvad de forskelle data viser herunder en afdækning af forskelle i de nordiske landes opbygning af sundhedsvæsenet og betydningen heraf for kvaliteten i behandlingen. Hvis OECD indsamler data hvert andet år, må NOMESKO gøre det samme.

Med henblik på at sikre retvisende sammenligninger og muliggøre benchmarking, er behov for en fælles nordisk indsats for at sikre datavaliditeten og datakvaliteten. Blandt andet er det vigtigt at arbejde for høj kvalitet og sammenlignelighed af data i landenes administrative patientregistre. Der er således behov for fortsat dynamisk udvikling heraf. En udvikling, der naturligt bør ske via en tættere inddragelse af det kliniske niveau f.eks. via de mange kliniske registre i de nordiske lande samt klinisk og metodologisk ekspertise i de nationale indikatorprojekter herunder det danske nationale indikatorprojekt (NIP).

Inddragelsen af det kliniske niveau er især afgørende i forhold til resultater, der viser markante forskelle på tværs af de nordiske lande. Udover en klinisk fortolkning af resultater, der viser markante forskelle bør også ske en epidemiologisk fortolkning. Fortolkning vil skulle identificere mulige årsager til forskellene herunder om de er udtryk for forskelle i kvaliteten af behandlingen.

Den samlede anbefaling er dermed at afrapportering af data i regi af NOMESKO tager udgangspunkt i resultaterne indsamlet til OECD, samt at der sikres relevant klinisk faglig og epidemiologisk fortolkning af evt. forskelle i resultaterne. Via en sådan afrapportering vil kunne sikres meningsfulde fællesnordiske sammenligninger og benchmarking mellem de nordiske sundhedsvæsenet.

Appendiks 1 – talmateriale, grafer

Brystkræft, 5 års overlevelse, talmateriale til figur 8.1.2.1

	Opgørelsesår	Observeret overlevelse, kvinder	Observeret overlevelse, mænd	Relativ overlevelse, kvinder	Relativ overlevelse, mænd
Danmark	2002	77		85	
Finland	2002	75		86	
Island	2003	77		88	
Norge	2001	73		82	
Sverige	2003	76		86	

Kræft i livmoderhals, 5 års overlevelse, talmateriale til figur 8.3.2.1

	Opgørelsesår	Observeret overlevelse, kvinder	Observeret overlevelse, mænd	Relativ overlevelse, kvinder	Relativ overlevelse, mænd
Danmark	2002	58		61	
Finland	2002	66		69	
Island	2003	51		71	
Norge	2001	62		66	
Sverige	2003	63		66	

Incidensrater, kræft i blærehalskirtlen, talmateriale til figur 8.3.2.1

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Danmark	88,3	93,0	97,0	97,8	105,6	111,2	129,0	143,3	141,2	149,2	143,3
Finland	178,1	174,3	184,0	187,1	197,6	199,6	238,9	235,3	198,7	173,7	171,9
Island	168,5	177,8	178,5	215,2	166,5	210,4	205,1	183,8	219,2	192,8	218,0
Norge	169	171,1	170,5	160,2	151,5	184,5	202,5	192,1	196,1	218,3	203,0
Sverige	162,5	179,1	182,8	183,0	185,4	208,4	223,0	219,0	202,1	188,4	

Kræft i blærehalskirtel, 5 års overlevelse, talmateriale til figur 8.2.2.2

	Opgørelsesår	Observeret overlevelse, kvinder	Observeret overlevelse, mænd	Relativ overlevelse, kvinder	Relativ overlevelse, mænd
Danmark	2002	-	-	-	-
Finland	2002	-	73	-	92
Island	2003	-	68	-	81
Norge	2001	-	67	-	86
Sverige	2004	-	76	-	89

Kræft i luftrør, bronkie og lunge, 5 års overlevelse, talmateriale til figur 8.4.2.1

	Opgørelsesår	Observeret overlevelse, kvinder	Observeret overlevelse, mænd	Relativ overlevelse, kvinder	Relativ overlevelse, mænd
Danmark	2002	-	-	-	-
Finland	2002	13	7	15	9
Island	2003	15	10	17	11
Norge	2001	14	9	11	11
Sverige	2004	14	13	15	15

Procentdel af patienter udredt inden for 28 dage, talmateriale til figur 8.4.2.2					
Kvartal	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
2003Q1	57	53	63	71	78
2003Q2	56	52	57	77	74
2003Q3	70	49	53	65	75
2003Q4	67	51	50	73	79
2004Q1	63	58	59	76	76
2004Q2	57	55	52	70	78
2004Q3	61	50	58	70	82
2004Q4	65	56	62	74	73
2005Q1	65	55	50	64	78
2005Q2	64	41	66	66	73
2005Q3	66	49	54	63	76
2005Q4	68	60	57	76	81
2006Q1	69	46	57	74	80
2006Q2	71	43	55	69	80
2006Q3	71	45	58	75	82
2006Q4	77	50	65	79	86
2007Q1	77	47	61	71	86
2007Q2	68	47	55	66	82
2007Q3	64	56	56	79	84
2007Q4	78	59	63	79	93
2008Q1	83	72	71	77	89
2008Q2	81	79	78	79	89
2008Q3	82	79	79	84	88
2008Q4	81	79	77	81	82
2009Q1	80	79	78	75	80
2009Q2	85	74	80	83	84
2009Q3	83	75	89	83	85
2009Q4	84	79	91	89	89

Kræft i tyktarm, endetarm, anus og analkanalen, 5 års overlevelse, talmateriale til figur 8.5.2.1					
	Opgørelsesår	Observeret overlevelse, kvinder	Observeret overlevelse, mænd	Relativ overlevelse, kvinder	Relativ overlevelse, mænd
Danmark	2002	-	-	-	-
Finland	2002	51	48	64	61
Island	2003	55	51	63	69
Norge	2001	52	48	59	57
Sverige	2004	56	51	63	61

Procentdel, der får trombocythæmmer hurtigt efter indlæggelse, talmateriale til figur 8.6.2.3

Kvartal	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark
2005/1	84	78	84	83	77
2005/2	85	77	84	80	80
2005/3	85	80	87	89	75
2005/4	88	74	82	91	73
2006/1	90	79	91	88	73
2006/2	90	79	89	93	79
2006/3	91	83	87	89	79
2006/4	91	82	89	91	81
2007/1	87	87	89	90	79
2007/2	85	85	88	91	80
2007/3	87	83	91	95	84
2007/4	88	87	91	88	88
2008/1	86	90	83	88	84
2008/2	84	88	88	89	83
2008/3	86	91	89	84	84
2008/4	87	91	91	91	85
2009/1	86	89	90	88	86
2009/2	87	92	91	89	85
2009/3	89	88	92	88	83
2009/4	89	86	89	89	88

Procentdel, der er i AK-behandling, talmateriale til figur 8.6.2.4

Kvartal	Danmark, samlet	En dårlig performer	En god performer
2005Q1	72	67	100
2005Q2	59	80	50
2005Q3	58	55	100
2005Q4	54	55	100
2006Q1	55	33	80
2006Q2	67	54	83
2006Q3	65	42	100
2006Q4	69	83	78
2007Q1	75	63	83
2007Q2	78	80	83
2007Q3	75	67	100
2007Q4	77	83	91
2008Q1	80	20	82
2008Q2	76	33	100
2008Q3	69	27	100
2008Q4	67	25	73
2009Q1	66	50	100
2009Q2	70	42	100
2009Q3	76	70	100
2009Q4	80	33	90

Apopleksi, blodprop - 30 dages in-hospital (same hospital), case fatality, talmateriale til figur 8.6.2.1

	Opgørelsesår	Kvinder, standardiserede tal	Mænd, standardiserede tal
Danmark	2007	4	3
Finland	2007	3	3
Island	2007	2	3
Norge	2007	4	4
Sverige	2007	5	4

Apopleksi, hjerneblødning - 30 dages in-hospital (same hospital), case fatality, talmateriale til figur 8.7.2.1

	Opgørelsesår	Kvinder, standardiserede tal	Mænd, standardiserede tal
Danmark	2007	19	25
Finland	2007	15	17
Island	2007	27	10
Norge	2007	18	13
Sverige	2007	19	17

Procentdel af patienter med hjerneblødning (I61), der får hurtig CT-scanning, talmateriale til figur 8.7.2.2

kvartal2	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
2005/1	57	49	40	49	49
2005/2	57	48	44	53	50
2005/3	61	43	40	52	51
2005/4	59	58	49	49	50
2006/1	62	61	44	58	56
2006/2	61	66	47	59	63
2006/3	61	60	50	62	68
2006/4	65	59	53	66	57
2007/1	62	53	56	67	62
2007/2	62	66	56	69	64
2007/3	64	66	58	73	67
2007/4	63	71	61	73	61
2008/1	66	68	63	77	63
2008/2	62	69	64	76	66
2008/3	69	71	60	82	63
2008/4	63	66	65	80	74
2009/1	62	69	63	82	75
2009/2	67	66	64	84	72
2009/3	66	78	69	83	77
2009/4	62	74	77	79	77

AMI - 30 dages in-hospital (same hospital), case fatality, talmateriale til figur 8.8.2.1

	Opgørelsesår	Kvinder, standardiserede tal	Mænd, standardiserede tal
Danmark	2007	5	4
Finland	2007	7	7
Island	2007	1	4
Norge	2007	4	4
Sverige	2007	4	4

AMI - Norge, dødelighed på sygehus, case fatality, talmateriale til figur 8.8.2.2

Opgørelsesår	SentralSør-Øst	RestenSør-Øst	Vest	Midt	Nord
2000	8,71	8,87	9,68	8,98	8,01
2001	7,58	7,09	7,72	6,25	8,22
2002	4,60	5,44	7,32	5,18	6,21
2003	4,23	5,11	4,81	5,24	5,49
2004	3,32	3,97	5,28	5,80	4,45
2005	2,69	4,71	4,21	5,36	5,40
2006	2,55	3,34	4,75	3,81	5,38
2007	2,52	3,30	3,52	3,84	3,83

Figurer, hvor bagvedliggende tal ikke er til rådighed:

figur 8.5.2.2

figur 8.6.2.2

Publikationer udgivet af NOMESCO efter 1995

43. Rates of Surgery in the Nordic Countries. Variation between and within nations. NOMESCO, Copenhagen 1995.
44. Health Statistics in the Nordic Countries 1993. NOMESCO, Copenhagen 1995.
45. Sygehusregistrering i de nordiske lande. NOMESKO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.
50. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
51. Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna. Förutsättningar och förslag. NOMESKO, Köpenhamn 1998.
52. Nordic and Baltic Health Statistics 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
53. Health Statistic Indicators for the Barents Region. NOMESCO, Copenhagen 1998.
54. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.3. Copenhagen 1999
55. Sygehusregistrering i de nordiske lande, 2. reviderede udgave, Købehavn 1999
56. Health Statistics in the Nordic Countries 1997. NOMESCO, Copenhagen 1999.
57. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.4. Copenhagen 2000
58. Nordiske læger og sygeplejersker med autorisation i et andet nordisk land. København 2000.
59. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.5. Copenhagen 2001.
60. Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESCO, Copenhagen 2000.
61. Health Statistics in the Nordic Countries 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.
62. Nordic/Baltic Health Statistics 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.

63. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.6. Copenhagen 2002
64. Health Statistics in the Nordic Countries 2000. NOMESCO, Copenhagen 2002.
65. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.7. Copenhagen 2003
66. Health Statistics in the Nordic Countries 2001. NOMESCO, Copenhagen 2003
67. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 27th May 2003, Stockholm. NOMESCO, Copenhagen 2003
68. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.8. Copenhagen 2004
69. Health Statistics in the Nordic Countries 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004
70. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.9:2005. Copenhagen 2004
71. Nordic/Baltic Health Statistics 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004.
72. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. NOMESCO, Copenhagen 2004.
73. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. NOMESCO, Copenhagen 2005.
74. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.10:2006. Copenhagen 2005
75. Health Statistics in the Nordic Countries 2004. NOMESCO, Copenhagen 2006.
76. Smedby, Björn and Schiøler Guner: Health Classifications in the Nordic Countries. Historic development in a national and international perspective 2006. NOMESCO, Copenhagen 2006
77. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.11:2007 Copenhagen 2006
78. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar, 6th April 2006, Oslo. Seminar Report. NOMESCO, Copenhagen 2006
79. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. Fourth revised edition. NOMESCO, Copenhagen 2007
80. Health Statistics in the Nordic Countries 2005. NOMESCO, Copenhagen 2007.

81. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.12:2008
Copenhagen 2007
82. Health Statistics in the Nordic Countries 2006. NOMESCO, Copenhagen 2008
83. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.13:2009
Copenhagen 2008
84. Nordic/Baltic Health Statistics 2006. NOMESCO, Copenhagen 2009
85. Health Statistics in the Nordic Countries 2007. NOMESCO, Copenhagen 2009
86. Health Statistics in the Nordic Countries 2007. booklet Copenhagen 2009
87. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.14:2010
Copenhagen 2009
88. Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-2008. NOMESCO,
Copenhagen 2010.
89. Health Statistics in the Nordic Countries 2008. NOMESCO, Copenhagen 2010
90. Temasektion vedr. kvalitetsindikatorer, NOMESKO's Helsestatistik for de nordiske lande 2009.
NOMESKO Copenhagen 2010