

FAKTAANALYSE

– Kræftområdet 2007-2014

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	3
1.1	Baggrund	3
1.2	Formål.....	3
1.3	Hovedresultater.....	3
1.4	Population	4
1.5	Læsevejledning.....	4
2	Udvikling i antal kræfttilfælde og borgere, der lever med kræft	4
2.1	Svag stigning i incidente kræfttilfælde på tværs af regioner	4
2.2	Antallet af incidente tilfælde stiger for de fleste kræftområder	5
2.3	Flere mænd får kræft, men flere kvinder lever med kræft.....	6
3	Udvikling i sygehusaktivitet.....	8
3.1	Borgere med kræft har stigende kontakt til sygehuset grundet flere ambulante besøg	8
3.2	Uændret antal indlagte men færre indlæggelser.....	9
3.3	Betydelige forskelle i den regionale udvikling af antal indlæggelser	10
3.4	Indlæggelsestiden for den enkelte kontakt er faldende	11
3.5	Stigning i antal ambulante besøg og stigning i gennemsnitlige antal besøg pr. patient.....	12
4	Udviklingen i anvendelse af radiologiske undersøgelser	14
4.1	Stigning i radiologiske undersøgelser til kræftpatienter, med relativt flere CT-scanninger	14
4.2	Der sker flest radiologiske undersøgelser i pakkeforløb-udredninger, hvor kræft afkræftes .	19
4.3	MR-scanning anvendes relativt hyppigere i pakkeforløb-udredning i 2014 end i 2013	20
5	Aktivitet for operation, kemoterapi og strålebehandling	22
5.1	Generel stigning i antallet af patienter med kræft, der behandles	22
5.2	Stigende andel patienter modtager kemoterapi.....	23
5.3	Relativt flere behandles ambulant frem for at blive indlagt	23
6	Gennemsnitlige udgifter for kontakter til sygehus	26
6.1	Stigende gennemsnitlige udgifter pr. patient	27
6.2	Regionale forskelle i gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse pr. patient md kræft	28
6.3	Mindre regionale forskelle i gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg pr. ambulante patient med kræft	29
7	Metode.....	31
7.1	Population	31
7.2	Incidens	31
7.3	Prævalens	32
7.4	Mortalitet	32
7.5	Antal radiologiske undersøgelser	33

7.5.1	For kræftpatienter	33
7.5.2	For patienter i pakkeforløb	34
7.6	Aktivitet for operation, kemoterapi og strålebehandling	37
7.7	Sygehusaktivitet og udgifter herved	38
BILAG 1	Diagnosekoder – Cancerregisteret	41
BILAG 2	Diagnosekoder – Dødsårsagsregisteret	42
BILAG 3	Diagnosekoder – afgræsning svarende til pakkeforløb for kræftområdet	43
BILAG 4	Supplerende opgørelser vedr. operationer, strålebehandlinger og kemoterapi	44

1 Indledning

1.1 Baggrund

Kræftområdet har gennem mange år haft stor bevågenhed. Siden 2000, hvor Kræftplan I blev iværksat, har der været fokus på forebyggelse, strålekapacitet, etablering af De Multidisciplinære Cancergrupper med tilhørende kliniske kvalitetsdatabaser og tilrettelæggelse af patientforløb med implementering af pakkeforløb for kræftområdet. Ligeledes har der været opmærksomhed på tidlig diagnostik, kræftkirurgi, rehabilitering og palliation. Det seneste tiltag har været iværksættelse af screeningprogram for tarmkræft med implementering 1. marts 2014, beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft* (2012).

Kræftområdet har stadig stor bevågenhed. Sundhedsstyrelsen har igangsat udarbejdelsen af et fagligt forarbejde inden den endelige beslutning om indholdet i en kommende Kræftplan IV, som anført i Aftale om regionernes økonomi for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner.

1.2 Formål

Analysens formål er at beskrive status og udviklingen af kræftområdet over perioden 2007 - 2014. Med udgangspunkt i nogle af de største kræftområder samt i alle kræftformer (undtaget anden kræft i hud) belyses udviklingen over tid for

- incidente kræfttilfælde
- prævalens
- aktiviteten af borgeres kontakter til sygehusvæsenet i forbindelse med kræftsygdom
- aktivitet for radiologiske undersøgelser
- aktivitet for behandlinger herunder operation, strålebehandling og kemoterapi
- gennemsnitlige udgifter pr. kontakt

Analysen beskriver status og udviklingen inden for kræftområdet med anvendelse af data fra Landspatientregisteret, Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret for årene 2007 til 2014.

1.3 Hovedresultater

- Der er flere og flere borgere, der lever med kræft
Der er et stigende antal incidente kræfttilfælde for 15+ årige over de seneste år. Desuden diagnosticeres flere mænd med incident kræft end kvinder, mens der er flest kvinder, der lever med kræft. Der er en generel stigning i prævalens, idet borgerne samtidigt lever længere efter en kræftdiagnose.
- Flere patienter behandles for kræft, og der gennemføres flere behandlinger
Antallet af patienter med kræft, der behandles, er stigende uanset behandlingsform. Det stigende antal kan dels være begrundet i et stigende antal kræftpatienter, men kan også være udtryk for en stigende tendens til at behandle kræftpatienter. Stigningen i antallet af behandlinger (operationer, strålebehandlinger og kemoterapeutiske behandlinger) er større end stigningen i antallet af patienter med kræft.
- Kræftpatienter behandles hyppigere i ambulant regi
Over perioden ses en stigende tendens til at behandle patienterne i ambulant regi, uanset behandlingsform. Der er særligt sket en stigning i antallet af ambulante strålebehandlinger og ambulante kemoterapeutiske behandlinger, mens der samtidigt ses et fald i antallet af både strålebehandlinger og kemoterapeutiske behandlinger foretaget under indlæggelse.
- Indlæggelser af patienter med kræft er blevet dyrere
De gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse pr. patient er stigende hen over perioden (i løbende priser), mens de gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg også er stigende dog fra et betydeligt lavere udgangspunkt.

1.4 Population

Hovedparten af opgørelserne anvender samme afgrænsning for populationen for kræft, men visse af opgørelserne afviger fra disse for specifikke kræftområder, *jf. kapitel 7.1*. Dette vurderes dog ikke umiddelbart at være problematisk i forhold til fortolkningen af opgørelserne.

Generelt anvendes en aldersafgrænsning på 15+ årige. Dette er ikke muligt med anvendelse af eksisterende data for prævalens, hvor alle borgere uanset alder medtages. Endvidere er alle bagvedliggende opgørelser opgjort på bopælsregion og for hele landet.

1.5 Læsevejledning

Efter en analyse af udviklingen af incidente kræfttilfælde og prævalensen for kræft i kapitel 2, vises udviklingen i borgernes kontakt til sygehusvæsenet i forbindelse med kræftsygdom i kapitel 3, herunder udviklingen i det gennemsnitlige antal indlæggelser og besøg i ambulatorium for den enkelte patient.

Derefter følger en analyse af hvilke radiologiske undersøgelser, der anvendes i udredning, behandling og kontrollen af patienter med kræft i kapitel 4, samt udviklingen i antallet af behandlinger i form af operation, strålebehandling og kemoterapi i kapitel 5. Efterfølgende vises i kapitel 6 de gennemsnitlige udgifter forbundet med patientforløb i sygehusvæsenet, hvor hovedårsagen til kontakten er kræft.

Til sidst i analysen beskrives metoder for opgørelse i kapitel 7, herunder angivelse af f.eks. anvendte koder for radiologiske undersøgelser, strålebehandling og kemoterapi, efterfulgt af relevante bilag bl.a. med informationer om anvendte koder for diagnoser.

2 Udvikling i antal kræfttilfælde og borgere, der lever med kræft

Antallet af incidente kræfttilfælde for 15+ årige viser en stigende tendens over perioden 2007 til 2014 med et antal fra omkring 33.800 tilfælde i 2007 til 39.100 i 2014 med mindre variationer over tid. Antallet af incidente kræfttilfælde undtaget anden kræft i hud viser ligeledes en stigende tendens fra omkring 32.100 tilfælde i 2007 til 36.800 i 2014 med mindre variationer over tid. Der er en svag stigning i antallet af incidente kræfttilfælde pr. borger.

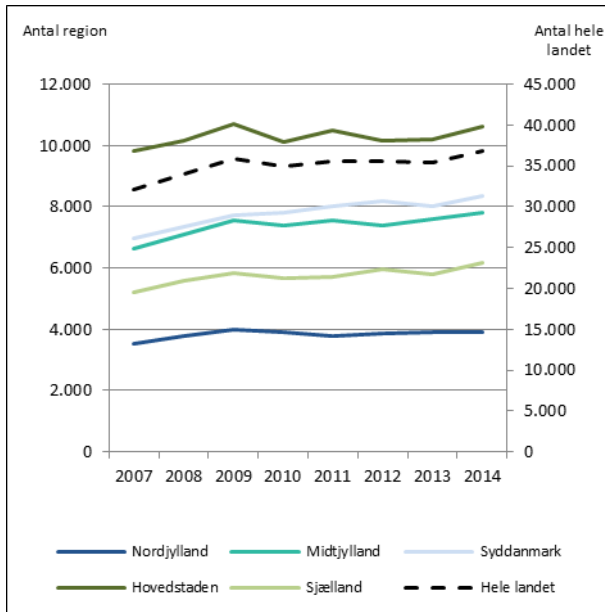
Desuden findes et stigende antal borgere, der lever med kræft (prævalens).

2.1 Svag stigning i incidente kræfttilfælde på tværs af regioner

I Region Hovedstaden ses et stagnerende antal incidente kræfttilfælde i årene 2010 til 2013, men for perioden samlet ses en svag stigende tendens, *jf. figur 1*. For Region Nordjylland ses en stagnerende tendens i antallet af kræfttilfælde siden 2008. De øvrige tre regioner viser en svag stigende tendens i antallet over hele perioden.

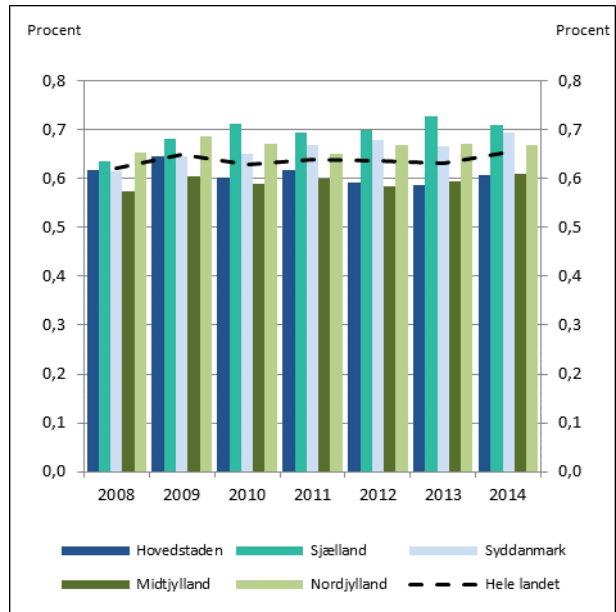
Samlet set viser analysen af antallet af incidente kræfttilfælde en variation over perioden for hele landet med en stigende tendens fra 2007 til 2009, hvilket kan være udtryk for implementering af et nationalt screeningsprogram for brystkræft i 2007. I årene 2011 til 2013 var der en stagnerende tendens med en efterfølgende stigning i 2014. Denne stigning kan bl.a. være begrundet i det stigende antal incidente kræfttilfælde for tyk- og endetarmskræft med næsten 20 pct. (se figur 3), som følge af indførelsen af screeningsprogrammet gældende fra 1. marts 2014. I følge Cancerregisterets Årsrapport 2014 vil indførelse af et screeningprogram betyde tidligere diagnosticering af en række nye tilfælde.

Figur 1. Udvikling i antal incidente kræfttilfælde*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.



Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.
 *Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdiagnosticerede kræfttilfælde.

Figur 2. Udvikling i andel af incidente kræfttilfælde* i forhold til befolkningstal faktuelle år, 15+ årige, pct., efter bopælsregion, 2007-2014.**



Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen og Befolkningstal, Danmarks Statistik 23. februar 2016
 Anmærkning: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.
 *Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdiagnosticerede kræfttilfælde.
 **Befolkningstal faktuelle år angives med anvendelse af tal fra Danmarks Statistik 23.02.2016 for 1. kvartal aktuelle år.

Ses på antallet af incidente kræfttilfælde i forhold til den enkelte regions befolkningstal findes hovedsageligt en andel på mellem 0,6 pct. og 0,7 pct., jf. figur 2. Den procentvise andel incidente kræfttilfælde for hele landet på tværs af årene 2007 til 2014 er svagt stigende fra 0,62 pct. til ca. 0,65 pct.

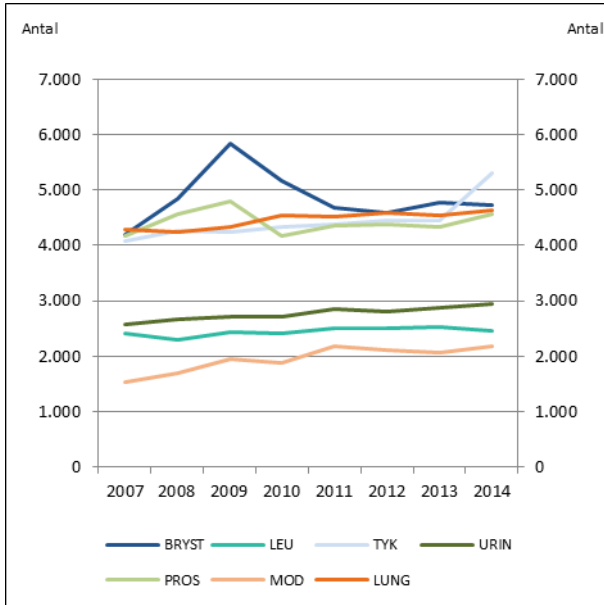
2.2 Antallet af incidente tilfælde stiger for de fleste kræftområder

De fleste kræftformer viser en stigende tendens i antallet af incidente kræfttilfælde, jf. figur 3 og figur 4. Dog er der kræftformer, som viser et varierende henholdsvis stagnerende antal over perioden. Få kræftformer viser en faldende tendens.

Generelt stiger antallet af kræfttilfælde for de kræftformer, hvor der er flest tilfælde pr. år, jf. figur 3. Prostatakræft viser en markant stigning i årene 2008 og 2009 efterfulgt af et fald i 2010 og 2011. I disse år faldt hyppigheden af PSA test som følge af ny anbefaling fra de danske urologer, jf. Cancerregisterets Årsrapport 2014. I årene 2013 til 2014 ses igen en stigende tendens. Prostatakræft er den hyppigste kræftform for mænd med 4.577 nye tilfælde i 2014.

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos kvinder med 4.728 tilfælde i 2014. Antallet af brystkræfttilfælde steg markant i 2008 og 2009 efterfulgt af et fald til et niveau, der placerer sig lidt højere end før 2008. Stigningen i disse år kan være udtryk for implementeringen af et nationalt screeningsprogram i 2007, da der ved indførelse af et sådan program initialt vil blive diagnosticeret flere kræfttilfælde, hvor især diagnosticeringen af de tidlige stadier bliver fremskyndet.

Figur 3. Udvikling i antal incidente kræfttilfælde*, borgere 15+ årige, fordelt på kræftform med 2000+ tilfælde, hele landet, 2007-2014.

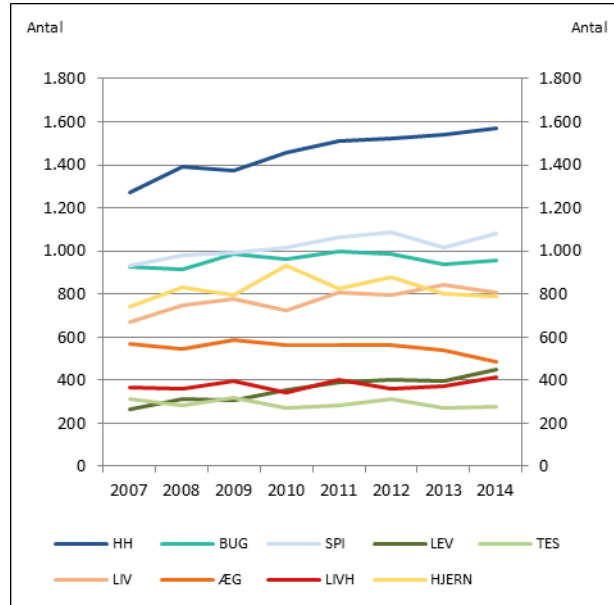


Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Data vises for kræftformer med antal fra og med 2000, hvilket vil sige BRYST (brystkræft (kvinder)), LEU (leukæmi), TYK (tyk- og endetarmskræft), URIN (kræft i urinveje (blærekræft, nyrekræft samt kræft i nyrebækken og urinleder)), PROS (prostatakræft), MOD (modermærkekræft) og LUNG (lungkræft).

*Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdiagnosticerede kræfttilfælde.

Figur 4. Udvikling i antal incidente kræfttilfælde*, borgere 15+ årige, fordelt på kræftform med under 2000 tilfælde, hele landet, 2007-2014.



Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Data vises for kræftformer med antal under 2000, hvilket vil sige HH (hoved-halskræft), BUG (kræft i bugspytkirtlen), SPI (kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken), LEV (leverkræft), TES (testikelkræft), LIV (livmoderkræft), ÆG (æggestokkræft), LIVH (livmoderhalskræft) og HJERN (hjernekræft).

*Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdiagnosticerede kræfttilfælde.

Antallet af kræfttilfælde med tyk- og endetarmskræft viser en stigende tendens over hele perioden med en markant stigning fra 2013 til 2014. Dette er blandt andet begrundet i indførelsen af et nationalt screeningsprogram 1. marts 2014, der har medført et stigende antal førstegangsdiagnosticerede hos begge køn, da diagnosticeringen af især de tidlige stadier formentlig bliver fremskyndet, som beskrevet ovenfor.

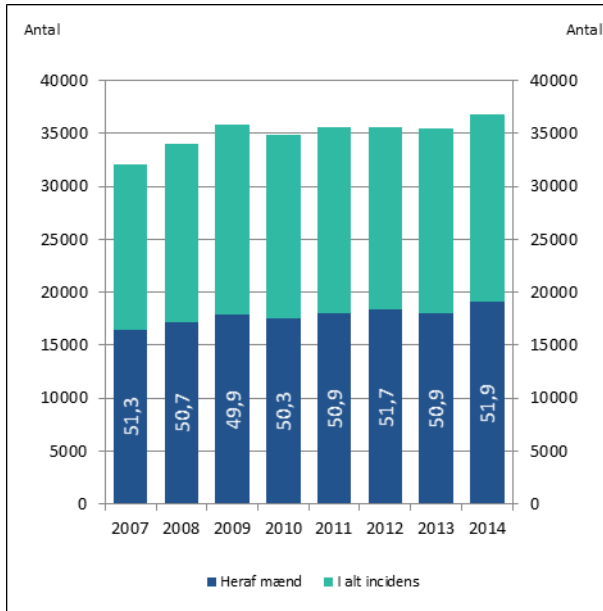
Der er få kræftformer, hvor antallet af kræfttilfælde viser en faldende tendens. Testikelkræft viser en faldende tendens i hele perioden med mindre variationer. Ligeledes viser kræft i æggestok en faldende tendens siden 2009, mens der for kræft i hjernen ses en faldende tendens siden 2010 og for kræft i bugspytkirtlen ses en faldende tendens siden 2011, jf. figur 4.

2.3 Flere mænd får kræft, men flere kvinder lever med kræft

Den kønsfordelte variation af incidente kræfttilfælde viser, at flere mænd diagnosticeres med incident kræft over perioden end kvinder; mens der er flere kvinder end mænd, der lever med kræft.

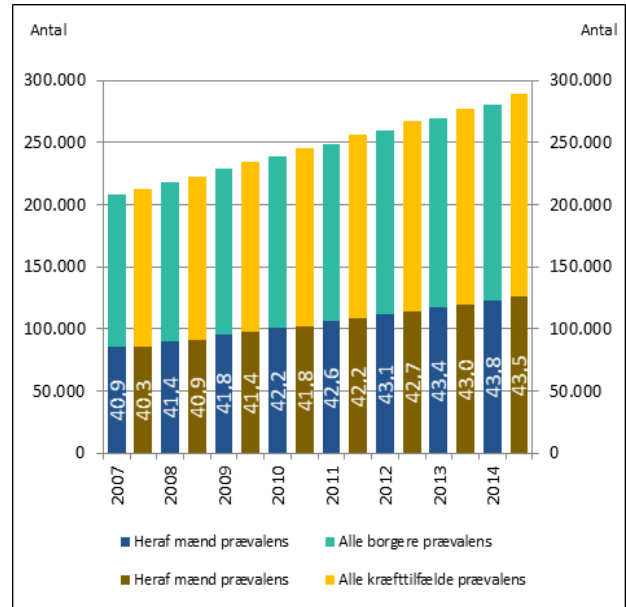
Antallet af mænd med incident kræft er større end antallet af kvinder, jf. figur 5. Desuden har der været en svag stigende tendens i den procentvise andel med incident kræft, der er mænd. Variationen over perioden er mellem en andel for mænd på 49,9 pct. i 2009, som den laveste andel, til 51,9 pct. i 2014, som den højeste.

Figur 5. Udvikling i antal incidente kræfttilfælde*, for mænd og kvinder med angivelse af andel for mænd (pct.), 15+ årige, hele landet. 2007-2014.



Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.
 *Incidente kræfttilfælde angiver antallet af førstegangsdiagnosticerede kræfttilfælde.

Figur 6. Udvikling i antal kræfttilfælde, der fortsat er i live, og antal borgere, der lever med kræft*, for mænd og kvinder med angivelse af andel for mænd (pct.), alle aldre, fordelt på køn, hele landet. 2007-2014.



Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.
 *Borgere, der lever med kræft angiver prævalensen for kræft. Det forekommer, at borgere diagnosticeres med mere end en kræftsygdom.

Figur 6 viser udviklingen i forekomsten af kræft i befolkningen, der fortsat er i live efter en kræftdiagnose. I 2014 var der således lidt over 280.000 borgere, der på et tidspunkt i livet har fået stillet en kræftdiagnose, som fortsat er i live ved udgangen af året. Ud af disse var omkring 123.000 mænd svarende til en andel på 43,8 pct. Ligeledes ses at antallet af kræfttilfælde dette år var på knap 290.000, da den enkelte borger kan blive diagnosticeret med en eller flere diagnoser. Ud af dette antal var knap 126.000 mænd, svarende til en andel på 43,5 pct.

Der ses desuden en stigende tendens for antallet af borgere fra ca. 210.000 til ca. 280.000, der lever med kræft, over perioden 2007 til 2014, jf. figur 6. Mulige årsager til denne tendens kan være, at der både er et stigende antal incidente kræfttilfælde over perioden og samtidigt er et stagnerende antal døde, hvor hovedårsagen er kræft, jf. kapitel 7.4, tabel B. Det sidste betyder en stigende tendens i antallet af borgere, der lever længere efter en kræftdiagnose, hvor nogle erklæres raske efter behandlingsforløbet, mens andre vedvarende modtager behandling i hele deres forløb. Begge dele bidrager til den stigende tendens i antallet af borgere, der lever med kræft.

Det vil sige, at antallet af borgere, der lever med kræft, er steget med ca. 35 pct. i perioden, og antallet af kræfttilfælde er steget med ca. 37 pct. (se figur 6).

Ligeledes er der forholdsvis flere kvinder end mænd, der lever med kræft (se figur 6). Dette gælder både for antallet af borgere samt antallet af kræfttilfælde, der fortsat er i live ved udgangen af det aktuelle år. Andelen af mænd, der lever med kræft, ud af alle prævalente kræfttilfælde varierer således fra 40,9 pct. i 2007 til 43,8 pct. i 2014, mens andelen af kræfttilfælde for mænd, der fortsat er i live ved udgangen af det aktuelle år ligger på et lidt lavere niveau, da andelen i 2007 var 40,3 pct. stigende til 43,5 pct. i 2014.

Dette medfører, at andelen af kvinder, der lever med kræft, ud af alle prævalente kræfttilfælde og andelen af kræfttilfælde for kvinder, der fortsat er i live ved udgangen af det enkelte år, procentvis viser en faldende tendens over hele perioden, selvom det samlede antal kvinder, der lever med kræft og det samlede antal kræfttilfælde for kvinder, er stigende.

Desuden ses en stigende difference i antallet af borgere, der lever med kræft, og antallet af kræfttilfælde, der fortsat er i live ved udgangen af det enkelte år, over perioden 2007 til 2014. Denne tendens vurderes som et udtryk for, at en stigende andel borgere over perioden har eller har haft mere end en kræftdiagnose. Forskellen mellem antallet af borgere, der lever med kræft, og antallet af kræfttilfælde, hos personer der fortsat er i live, er øget fra ca. 3.600 ved udgangen af 2007 til omkring 9.000 kræfttilfælde ved udgangen af 2014.

3 Udvikling i sygehusaktivitet

Udviklingen i antallet af kontakter til sygehus for 15+ årige kræftpatienter viser en stigende tendens i perioden 2007 til 2014, dog varierende med hensyn til om kontakten er indlæggelse eller ambulante besøg.

I dette kapitel er borgere med kræft defineret ud fra, at de har kontakt til sygehus i de enkelte år. Derfor kan tallene ikke direkte sammenlignes med tallene i foregående kapitler.

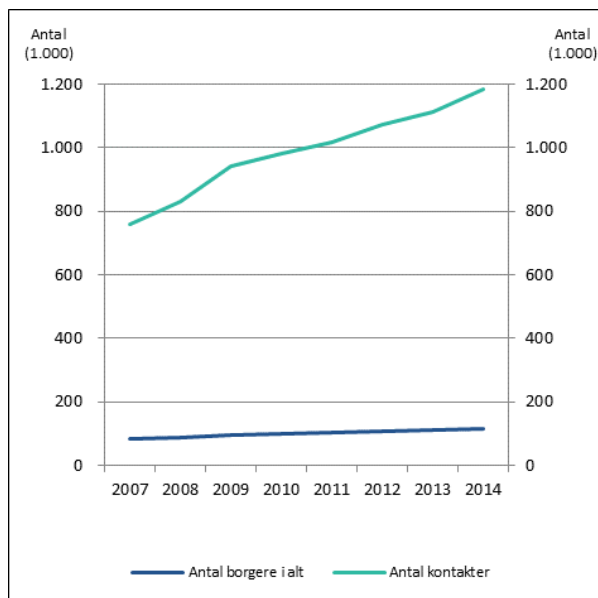
3.1 Borgere med kræft har stigende kontakt til sygehuset grundet flere ambulante besøg

Analysen viser, at den enkelte borger med kræft har et stigende antal kontakter til sygehus over perioden. Kontakttypen har ændret sig til i stigende grad at være ambulante besøg.

Antallet af borgere med kræft (15+ årige) i kontakt med sygehusvæsenet som følge af en kræftsygdom er steget fra ca. 84.000 i 2007 til 116.000 i 2014, *jf. figur 7*. Det vil sige, at antallet af borgere med kræft er steget med godt 1/3, mens antallet af kræftpatienters kontakter med sygehus er steget med omkring 55 pct.

Det betyder, at den enkelte patient er gået fra i gennemsnit at have omkring 9 kontakter årligt i 2007 til lidt over 10 kontakter i 2014, *jf. figur 8*. Udviklingen i kontaktmønsteret viser, at der er sket et mindre fald i antallet af indlæggelser pr. patient, mens antallet af ambulante besøg er steget lidt mere end tilsvarende.

Figur 7. Udvikling af antal kontakter og antal borgere med kræft* (i 1.000), 15+ årige, hele landet, 2007-2014.



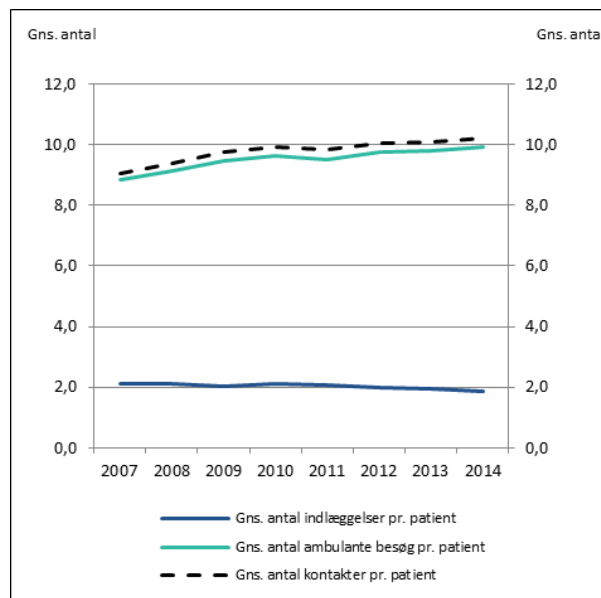
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen.

Anmærkning: Antal kontakter og borgere er angivet i 1.000.

Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Kontakter er indlæggelser og ambulante besøg, jf. kapitel 7.7.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 8. Udvikling af det gennemsnitlige antal indlæggelser og ambulante besøg pr. borger med kræft*, 15+ årige, hele landet, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen.

Anmærkning: Der indgår kontakter for patienter behandlet på offent-

lige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Kontakter er indlæggelser og ambulante besøg, jf. kapitel 7.7.

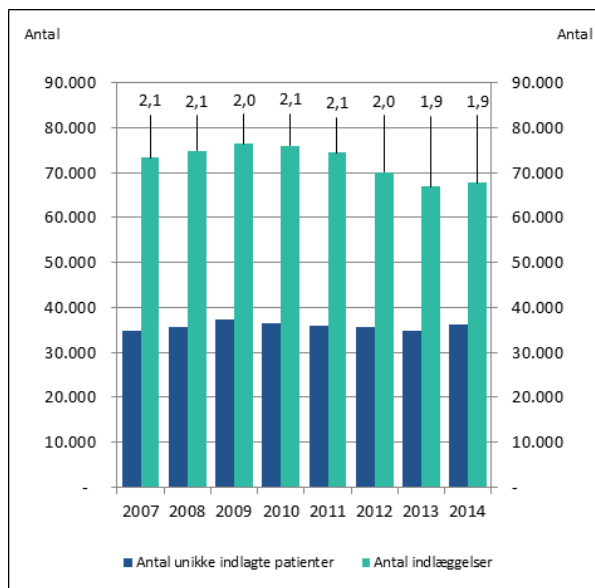
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

3.2 Uændret antal indlagte men færre indlæggelser

Hen over perioden 2007-2014, hvor flere lever med kræft (se figur 7) er antallet af borgere med kræft, der indlægges, stort set uændret med små variationer hen over perioden, jf. figur 9.

Samtidig ses et faldende antal indlæggelser for borgere med kræft, hvilket med et uændret antal indlagte indebærer et faldende gennemsnitligt antal indlæggelser pr. indlagte patient.

Figur 9. Udvikling i antal indlæggelser og antal indlagte unikke patienter med kræft* samt gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient, 15+ årige, hele landet. 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

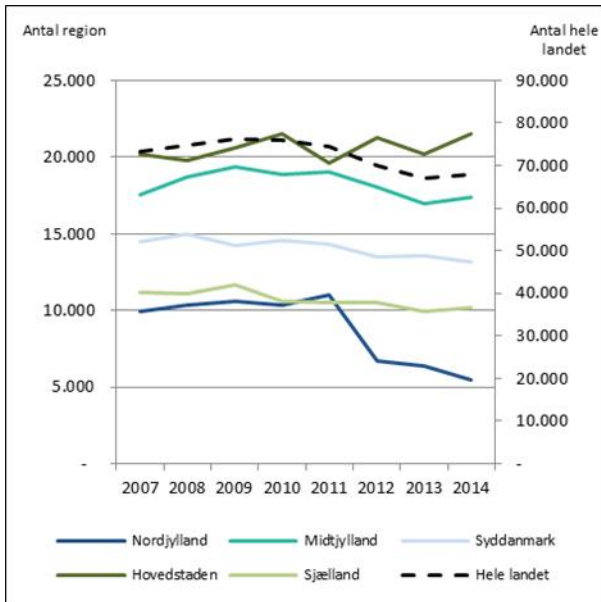
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

3.3 Betydelige forskelle i den regionale udvikling af antal indlæggelser

Der findes en synlig regional variation i udviklingen af antallet af indlæggelser for patienter med kræft som hovedårsag til kontakten over perioden.

Udviklingen i antallet af indlæggelser i Region Nordjylland viser en svagt stigende tendens fra 2007 til 2011 efterfulgt af en betydelig faldende tendens, hvor antallet af indlæggelser næsten halveres frem mod 2014, *jf. figur 10*. Desuden ses en stor ændring i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient i Region Nordjylland, hvor det højeste gennemsnit findes i 2011 med et efterfølgende fald, *jf. figur 11*. Hermed går Region Nordjylland fra at have et gennemsnitligt antal indlæggelser pr. indlagte en del over landsgennemsnittet frem til 2011 til at komme ned under landsgennemsnittet i 2012 og fremefter.

Figur 10. Udvikling i antal indlæggelser for patienter med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.

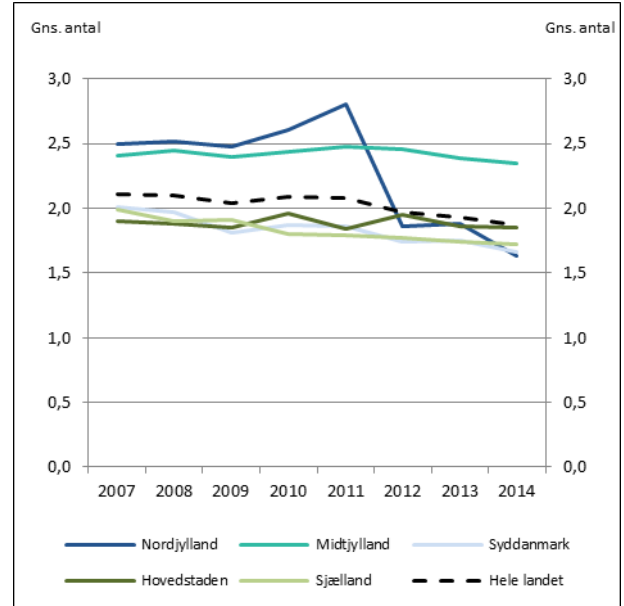


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Figur 11. Udvikling i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007 - 2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

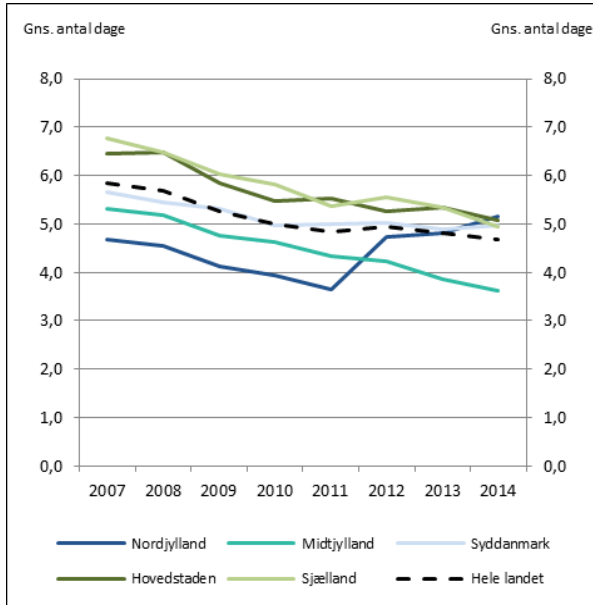
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. indlagte i Region Midtjylland viser en mindre variation omkring 2,4 hen over perioden, og ligger i hele perioden et stykke over landsgennemsnittet.

3.4 Indlæggelsestiden for den enkelte kontakt er faldende

Ud over at den enkelte borger indlægges i mindre omfang i deres forløb med kræft, viser analysen desuden, at det gennemsnitlige antal dage for den enkelte indlæggelseskontakt ligeledes er faldende med en fortsat regional variation, jf. figur 12. Det gennemsnitlige antal dage for en indlæggelseskontakt var på landsplan i 2007 således knap 6 dage med en faldende tendens til 2014, hvor indlæggelsestiden var på lidt under 5 dage i gennemsnit.

Figur 12. Udvikling i det gennemsnitlige antal dage pr. indlæggelse for patienter med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007 - 2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Der vil som et minimum være en sengedag pr. indlæggelse.

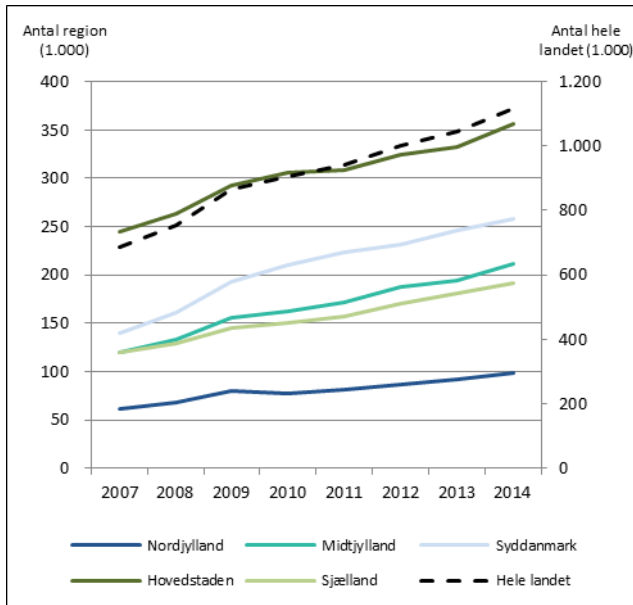
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Analysen viser ligeledes en regional variation over perioden. Alle regioner viser en faldende tendens i det gennemsnitlige antal dage for indlæggelseskontakter i perioden 2007 til 2014, på nær Region Nordjylland, som viser en stigende tendens i det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage fra 2011 til 2014 i samme periode, hvor denne region også har et fald i antallet af indlæggelser med kræft (se figur 10).

3.5 Stigning i antal ambulante besøg og stigning i gennemsnitlige antal besøg pr. patient

Antallet af borgere med kræft, der har ambulante besøg, er steget med over 40 pct. i perioden 2007-2014 fra ca. 77.500 til 112.000 borgere, jf. figur 14. Samtidig er antallet af ambulante besøg også steget i alle regioner, og på landsplan steget med mere end 60 pct. fra 2007 til 2014, jf. figur 13. Sammenlagt medfører dette en stigning på landsplan i det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. borger med kræft fra knap 9 besøg pr. borger til knap 10 besøg, jf. figur 14.

Figur 13. Udvikling i antal ambulante besøg for borgere (i 1.000) med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.



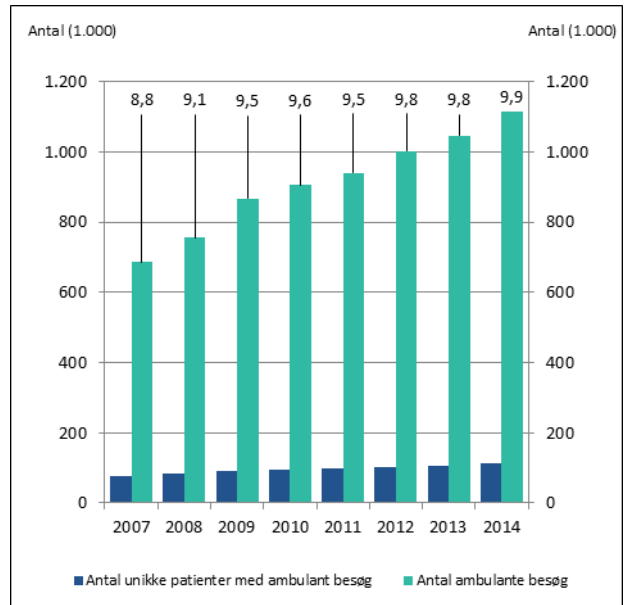
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antal ambulante besøg er angivet i 1.000.

Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 14. Udvikling i antal ambulante besøg og antal patienter med kræft* (i 1.000) samt gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient, 15+ årige, hele landet. 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antal ambulante besøg og borgere er angivet i 1.000.

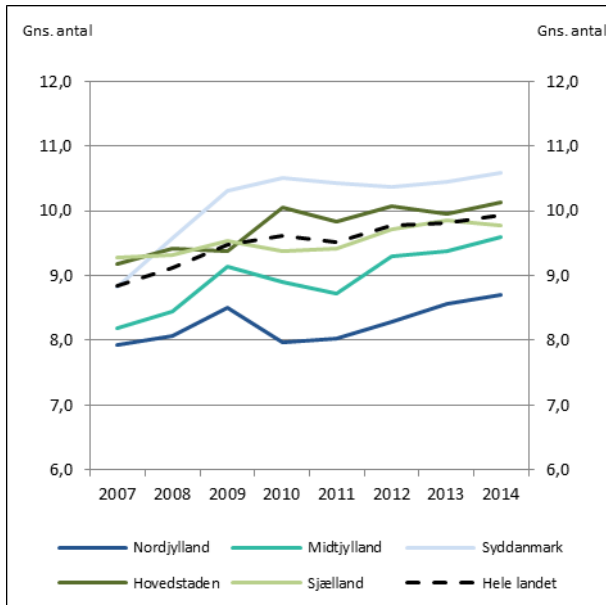
Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Det stigende antal ambulante besøg pr. patient ses at indeholde nogen regional variation hen over perioden, *jf. figur 15*. Det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient er i Region Syddanmark steget fra lidt under 9 besøg i 2007 til knap 11 besøg i 2014, hvilket er over landsgennemsnittet. Region Nordjylland viser den mindste stigning fra omkring 8 besøg i 2007 til ca. 8,5 besøg i 2014. Samtidig er Region Nordjylland i hele perioden den region med færrest ambulante besøg pr. patient.

De to regioner, Region Nordjylland og Region Midtjylland, der hen over perioden hovedsageligt ligger over landsgennemsnittet for antallet af indlæggelser pr. indlagte (se figur 11), ses også at være de to regioner, der ligger under landsgennemsnittet for antallet af ambulante besøg pr. patient, *jf. figur 15*. Dette kunne være begrundet i en anden organisatorisk struktur af patientforløbene i disse regioner, end i øvrige regioner.

Figur 15. Udvikling i det gennemsnitlige antal ambulante besøg for borgere med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning:

Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

4 Udviklingen i anvendelse af radiologiske undersøgelser

Analysen viser en stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser til kræftpatienter over perioden. Undersøgelserne anvendes både som en del af udredningen for kræftsygdom, for at kontrollere effekten af en given behandling samt for at følge udviklingen af kræftsygdommen.

I den første del af dette kapitel er fokus radiologiske undersøgelser til kræftpatienter (15+ årige) med efterfølgende analyse af anvendelsen af radiologiske undersøgelser til patienter i pakkeforløb for kræftområdet.

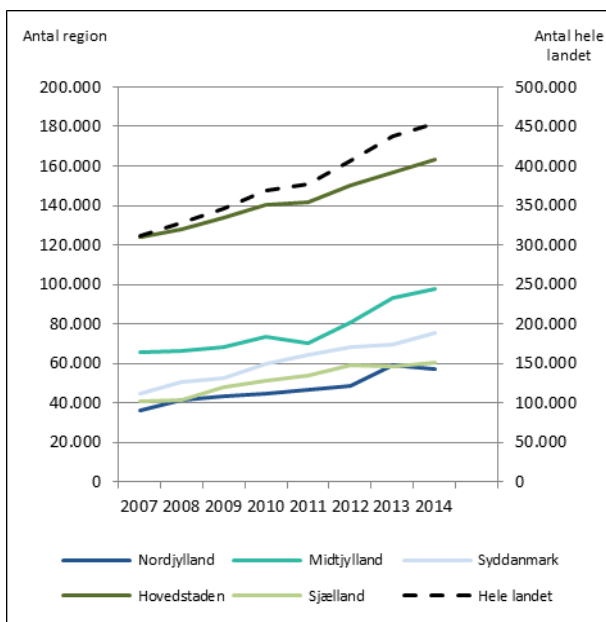
4.1 Stigning i radiologiske undersøgelser til kræftpatienter, med relativt flere CT-scanninger

Antallet af radiologiske undersøgelser til kræftpatienter er støt stigende over perioden fra knap 312.000 i 2007 til knap 454.000 i 2014, hvilket er en stigning på ca. 45 pct., jf. figur 16. Til sammenligning er antallet af borgere, der lever med kræft, steget med ca. 35 pct. i samme periode, og antallet af kræfttilfælde er steget med ca. 37 pct. (se figur 6).

Det bemærkes, at stigningen i antallet af borgere, der udredes for kræft samt diagnosticeres med kræft første gang (incidens), jf. kapitel 2.3, vil have indflydelse på antallet af udførte radiologiske undersøgelser. Den vedvarende stigning i antallet af radiologiske undersøgelser kan bl.a. være begrundet i det øgede fokus på hurtig udredning af patienter med begrundet mistanke om kræft, idet sygehuse implementerede pakkeforløb for kræftområdet i løbet af 2008, hvor fokus bl.a. er udredning uden unødigt ventetid og tidlig diagnosticering.

Generelt viser analysen en stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser i alle regioner. Mens aktivitetsstigningen er på ca. 45 pct. for hele landet over perioden, er den regionale stigning mellem ca. 30 pct. i Region Hovedstaden og 57 pct. i Region Nordjylland.

Figur 16. Udvikling i antal radiologiske undersøgelser* for patienter med kræft, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.**



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Radiologiske undersøgelser omfatter MR-scanning, CT-scanning og 'andre radiologiske undersøgelser'.

'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer).

**Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

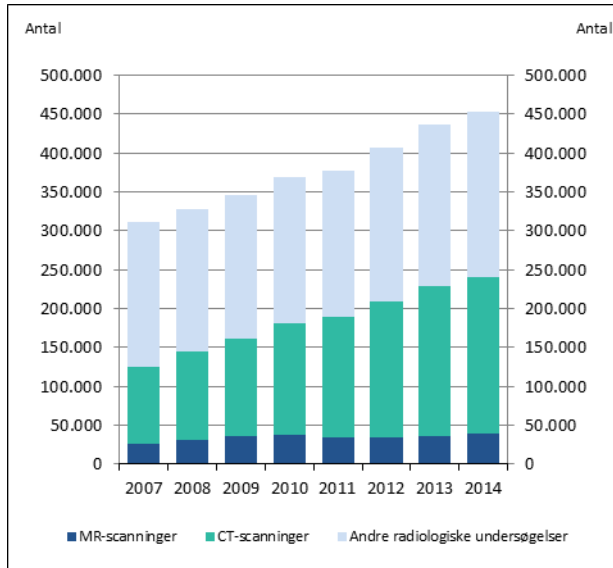
Jævnfør ovenfor, er antallet af kræfttilfælde og borgere, der lever med kræft, steget med ca. 35 pct., mens antallet af radiologiske undersøgelser er steget med omkring 45 pct. Stigningerne i radiologiske undersøgelser er således på omkring 10 procentpoint mere end stigningen i antal borgere henholdsvis kræfttilfælde, der fortsat lever med kræft, over perioden 2007 til 2014.

Størst stigning i udførte CT-scanninger til kræftpatienter på landsplan

Den stigende anvendelse af radiologiske undersøgelser udgøres hovedsageligt af stigning i udførte CT-scanninger, der er fordoblet i antal fra 2007 til 2014; mens antallet af MR-scanninger er steget med knap 47 pct. og 'andre radiologiske undersøgelser' er steget med omkring 14 pct., jf. figur 17.

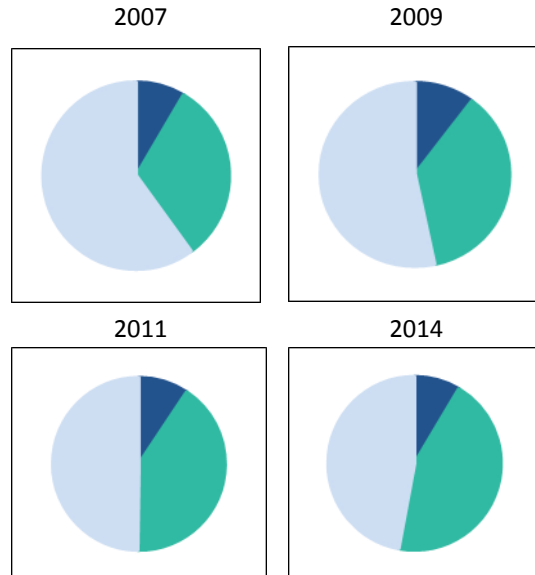
Der er således hen over perioden sket en ændring i, hvilke undersøgelser der anvendes. I 2007 var hovedparten af undersøgelserne henhørende under 'andre radiologiske undersøgelser' såsom røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier, mens ca. 40 pct. af undersøgelserne var MR-scanning eller CT-scanning. Frem mod 2014 har ændringer medført, at der procentvist bliver udført flere CT- eller MR-scanninger end 'andre radiologiske undersøgelser' til patienter med kræft undtagen anden kræft i hud, hvor andelen af de udførte scanninger var på ca. 53 pct. i 2014, jf. figur 18.

Figur 17. Udvikling i radiologiske undersøgelser* for patienter med kræft, 15+ årige, hele landet, 2007-2014.**



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.
 *Radiologiske undersøgelser omfatter MR-scanning, CT-scanning og 'andre radiologiske undersøgelser'.
 'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer).
 **Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

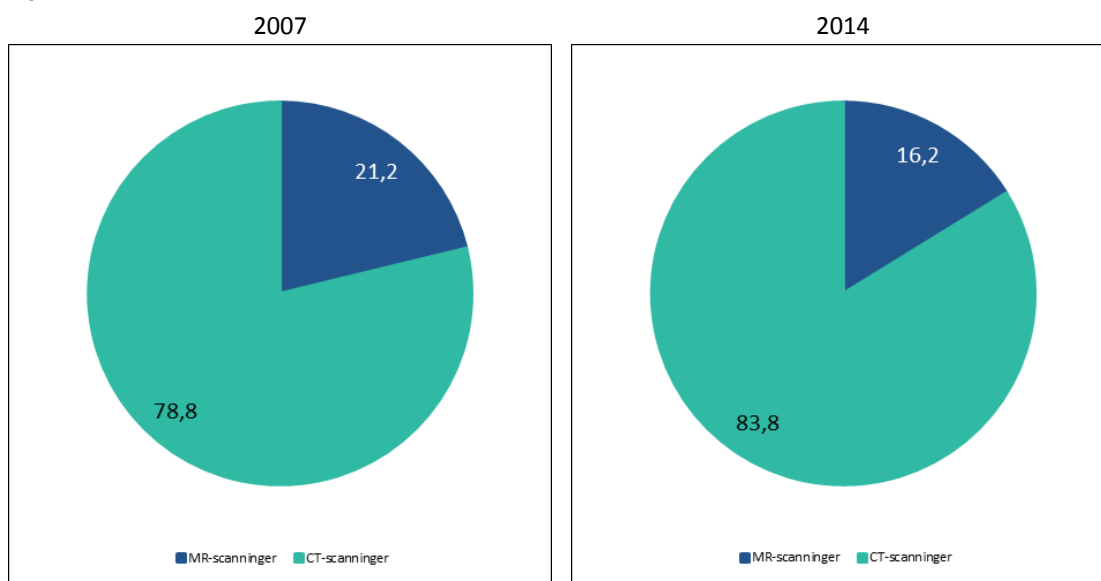
Figur 18. Udvikling i fordelingen af radiologiske undersøgelser* for patienter med kræft, alder 15+ årige, hele landet, udvalgte år, 2007-2014.**



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.
 *Se anmærkning til figur 17.
 **Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 19 viser desuden en forskydning i, i hvilken grad MR-scanning og CT-scanning anvendes. Det er hovedsageligt CT-scanninger, der anvendes i hele perioden. I 2007 blev CT-scanning anvendt i 4 ud af 5 scanningsundersøgelser, hvor MR-scanning blev anvendt i de resterende. Denne fordeling har ændret sig over perioden med anvendelse af CT-scanning i lidt højere grad i hele landet. Andelen af CT-scanninger er steget med ca. 5 procentpoint fra en andel på lidt under 80 pct. af scanningsundersøgelserne til en andel på omkring 85 pct., med tilsvarende mindre andel af udførte MR-scanninger.

Figur 19. Andel udførte MR- og CT-scanninger for patienter med kræft*, pct., 15+ årige, hele landet. 2007 og 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår MR- og CT-scanninger foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Den overordnede tendens til en stigning i anvendelse af MR- og CT-scanning til kræftpatienter ses i alle regioner

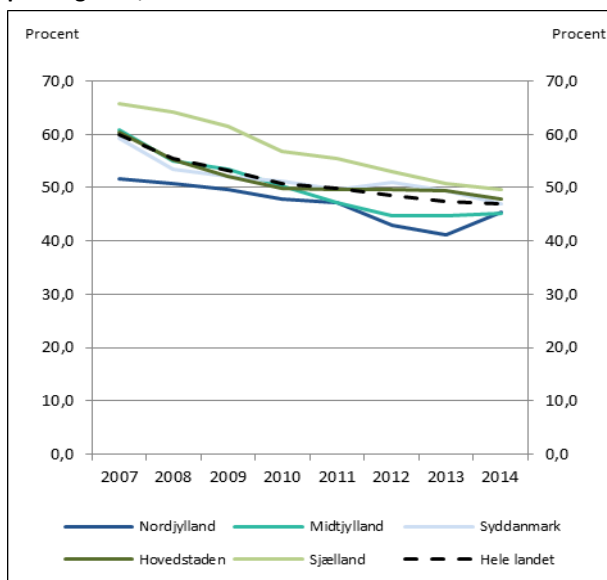
Graden af udførte radiologiske undersøgelser er varierende på tværs af regionerne og på tværs af årene.

Analysen viser en generelt faldende tendens i alle regioner i andelen af 'andre radiologiske undersøgelser' anvendt i forhold til MR-scanning og CT-scanning, hvor de 'andre radiologiske undersøgelser' er røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og røntgenundersøgelser af blodårerne (angiografi).

Der er således sket en ændring i, hvilke radiologiske undersøgelser der anvendes over perioden, i alle regioner.

Anvendelsen af 'andre radiologiske undersøgelser' for kræftpatienter (15+ årige) viser overordnet en faldende tendens i alle regioner i perioden 2007-2014, jf. figur 20, mens andelen af CT-scanninger er stigende for alle regioner for perioden samlet set, jf. figur 21.

Figur 20. Udvikling af andel udførte 'andre radiologiske undersøgelser'* for patienter med kræft, 15+ årige, pct., efter bopælsregioner, 2007-2014.**

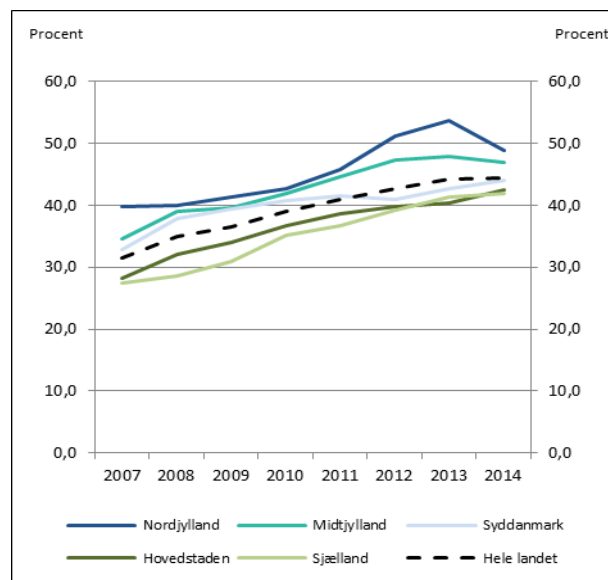


Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer).

**Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Figur 21. Udvikling af andel udførte CT-scanninger for patienter med kræft*, 15+ årige, pct., efter bopælsregioner, 2007-2014.

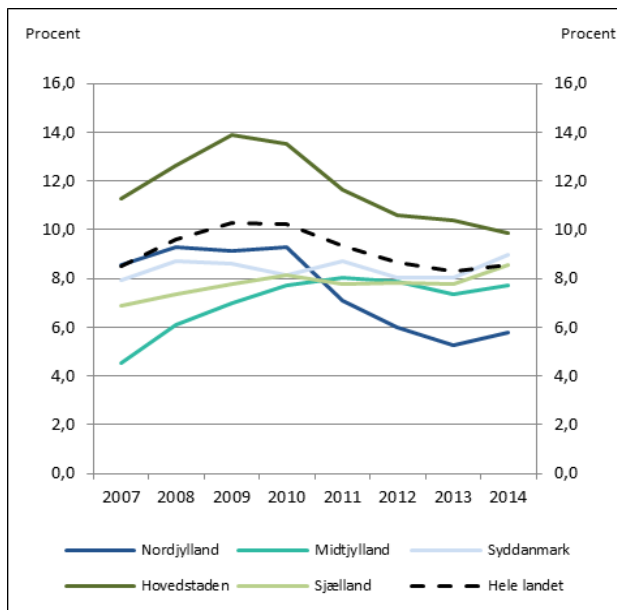


Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Det ses, at Region Sjælland konsekvent ligger over landsgennemsnittet i anvendelse af 'andre radiologiske undersøgelser', og konsekvent ligger under for anvendelse af MR- og CT-scanninger. Ligeledes ses, at Region Nordjylland konsekvent ligger under gennemsnittet for 'andre radiologiske undersøgelser' og MR-scanninger, mens regionen ligger over gennemsnittet for CT-scanninger.

Figur 22. Udvikling af andel udførte MR-scanninger for patienter 15+ årige med kræft*, efter bopælsregioner, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

4.2 Der sker flest radiologiske undersøgelser i pakkeforløb-udredninger, hvor kræft afkræftes

Antallet af udførte radiologiske undersøgelser (CT/MR-scanninger og andre radiologiske undersøgelser) foretaget i pakkeforløb-udredning for kræftområdet, hvor diagnosen efter udredning enten be- eller afkræftes, viser en stigning på lidt over 10 pct. i alt fra 2013 til 2014, jf. figur 23. Samtidig udføres der samlet flere undersøgelser i pakkeforløb, hvor diagnosen afkræftes end i pakkeforløb, hvor diagnosen bekræftes, jf. figur 24.

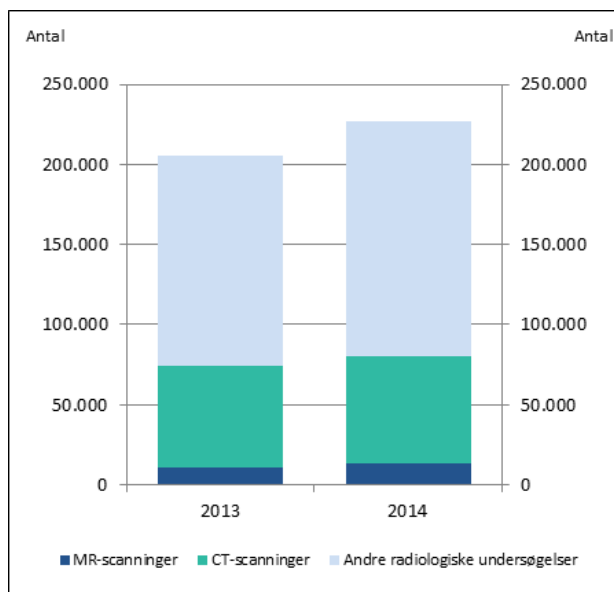
Det bemærkes, at antallet af pakkeforløb samlet set, hvor diagnosen efter udredning enten be- eller afkræftes, er steget med lidt under 13 pct. fra 2013 til 2014 for hele landet, hvor antallet af forløb, hvor diagnosen bekræftes er steget med knap 4 pct., mens forløb med diagnose afkræftet er steget med lidt over 16 pct., jf. kapitel 7.5.2, tabel D.

Der ses en generel aktivitetsstigning for MR-scanninger, CT-scanninger og 'andre radiologiske undersøgelser' i forskelligt omfang uanset om diagnosen be- eller afkræftes, hvor 'andre radiologiske undersøgelser' anvendes i større udstrækning end scanning begge år.

Analysen viser videre, at 'andre radiologiske undersøgelser', såsom røntgenundersøgelser, ultralydsundersøgelser og røntgenundersøgelse af blodårer (angiografier), anvendes i betydeligt større udstrækning i pakkeforløb, hvor diagnosen afkræftes begge år. Således udgør 'andre radiologiske undersøgelser' lidt over 70 pct. af radiologiske undersøgelser i forløb, hvor diagnosen afkræftes, mens de alene udgør knap 55 pct. af radiologiske undersøgelser i forløb, hvor diagnosen bekræftes, jf. figur 24.

Konkret blev der gennemført 1,1 'andre radiologiske undersøgelser' pr. afkræftet pakkeforløb-udredning i 2014, mens der blev gennemført 1,5 pr. bekræftet pakkeforløb-udredning.¹ Her skal der være opmærksomhed på forskellene i antallet af forløb, da der forholdsvis er flere pakkeforløb, hvor diagnosen afkræftes, end pakkeforløb, hvor diagnosen bekræftes.

Figur 23. Udvikling i antal radiologiske undersøgelser i pakkeforløb for kræftområdet* be- og afkræftet, hele landet, 2013-2014.**



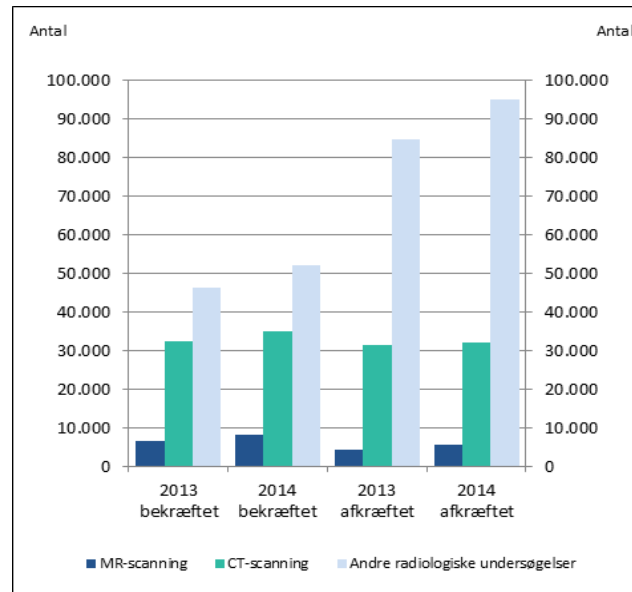
Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Pakkeforløb for kræft defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb.

**Forløb med 'diagnose bekræftet' identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning vedrørende initial behandling AFBxxC*' og forløb med 'diagnose afkræftet' identificeres med anvendelse af registrering af 'pakkeforløb slut, diagnose afkræftet AFBxxX1'.

'Andre radiologiske undersøgelser' (andre undersøgelser) omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser.

Figur 24. Udvikling i antal radiologiske undersøgelser i pakkeforløb for kræftområdet* be- og afkræftet, fordelt på diagnose be- og afkræftelse med angivelse af andelsfordeling (pct.), hele landet, 2013-2014.**



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
 Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

*Pakkeforløb for kræft defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb.

**Forløb med 'diagnose bekræftet' identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning vedrørende initial behandling AFBxxC*' og forløb med 'diagnose afkræftet' identificeres med anvendelse af registrering af 'pakkeforløb slut, diagnose afkræftet AFBxxX1'.

'Andre radiologiske undersøgelser' (andre undersøgelser) omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser.

4.3 MR-scanning anvendes relativt hyppigere i pakkeforløb-udredning i 2014 end i 2013

Ved nøjere analyse ses variationer i hvilken grad de valgte radiologiske undersøgelsesmetoder er steget i anvendelse fra 2013 til 2014 i forbindelse med pakkeforløb-udredning. Antallet af MR-scanninger er steget med knap 24 pct., mens antallet af CT-scanninger er steget med ca. 5 pct. og 'andre radiologiske undersøgelser' (som der samlet set gennemføres flest af) er steget med lidt over 12 pct. fra 2013 til 2014, jf. figur 25 og kapitel 7.5.2, tabel D.

MR-scanninger er således blevet anvendt i relativt større udstrækning i 2014 end i 2013, hvor den største stigning er i forløb, hvor diagnosen bekræftes (se figur 24).

¹ Antal gennemførte pakkeforløb-udredninger, hhv. afkræftet eller bekræftet, set i forhold til antallet af gennemførte 'andre radiologiske undersøgelser' i denne forbindelse, se kapitel 7.5.2, tabel H.

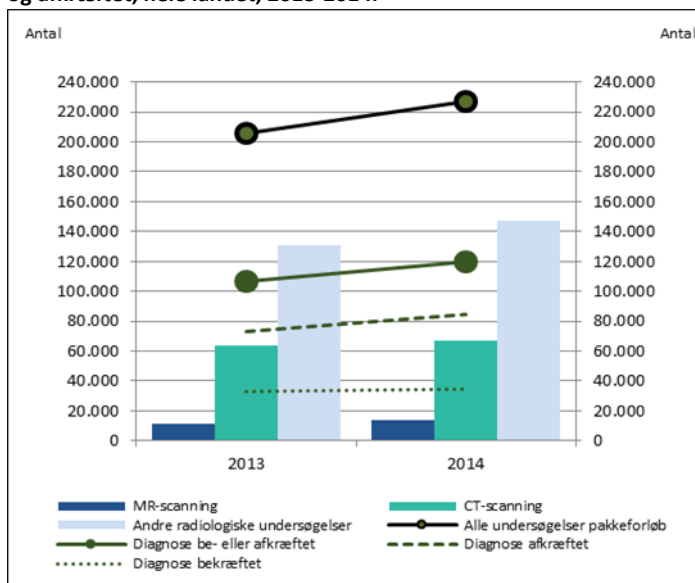
Der ses dermed umiddelbart en ændret anvendelse af radiologiske undersøgelser i udredningsforløb for patienter i pakkeforløb, da der anvendes forholdsvis flere MR-scanninger i 2014 end svarende til den procentvise stigning i antallet af pakkeforløb, hvor diagnosen be- eller afkræftes (se kapitel 4.4).

Konkret gennemførtes 10,3 MR-scanninger pr. 100 pakkeforløb-udredning i 2013, mens der gennemførtes 11,4 pr. 100 pakkeforløb-udredning i 2014², hvor stigningen er størst for forløb, hvor diagnosen bekræftes, fra cirka 20 MR-scanninger pr. 100 i 2013 til lidt over 23 MR-scanninger i 2014.

Det bemærkes, at den belyste ændring alene er for ét år, hvorfor det ikke kan konkluderes hvorvidt der er tale om en generel tendens. Desuden bemærkes, at opgørelsen viser tal for de to første år efter indførelse af en ny registreringsmodel for kræftområdet efteråret 2012.

Ligeledes skal det bemærkes, at der ses en stationær til let faldende tendens i anvendelsen af 'andre radiologiske undersøgelser' og CT-scanninger pr. 100 pakkeforløb-udredning med diagnose be- eller afkræftet fra 2013 til 2014, jf. kapitel 7.5.2, tabel H og J. Desuden er der en generel stigende anvendelse af disse undersøgelser i perioden (se figur 17).

Figur 25. Udvikling i antal radiologiske undersøgelser foretaget i pakkeforløb for kræftområdet OA1*, antal pakkeforløb med diagnose be- og afkræftet, hele landet, 2013-2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016 og Årsrapport for Monitorering af kræftområdet 2014 11. april 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentligt sygehus samt undersøgelser foretaget på private sygehuse, som er offentligt betalt.

Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af henholdsvis registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC' og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1'. Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindekræft er ikke medtaget i opgørelsen.

² Antal gennemførte pakkeforløb-udredninger set i forhold til antallet af gennemførte MR-scanninger i denne forbindelse, se kapitel 7.5.2, tabel I.

'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser – markeret med 'Andre undersøgelser'.

5 Aktivitet for operation, kemoterapi og strålebehandling

Analysen belyser udviklingen i antallet af operationer og strålebehandlinger for alle kræftformer undtagen anden kræft i hud med angivelse af antallet af patienter, der modtager behandling. Desuden belyses antal patienter med kræft undtagen anden kræft i hud, der har modtaget kemoterapeutisk behandling. Ligeledes vises i hvilken udstrækning behandlingerne foretages under en indlæggelse og ved et ambulant besøg.

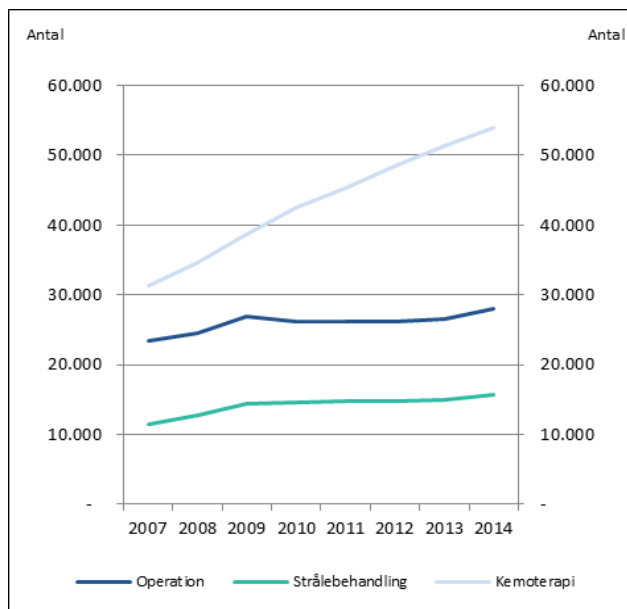
Det skal bemærkes, at den enkelte patient kan have modtaget flere typer behandling. Derfor kan den enkelte indgå i flere opgørelser for aktivitet for de specifikke behandlingstyper.

5.1 Generel stigning i antallet af patienter med kræft, der behandles

Analysen viser, at flere patienter bliver behandlet for kræft over perioden.

Antallet af patienter med kræft, der behandles, er stigende i hele landet. Det stigende antal kan være begrundet i det stigende antal kræftpatienter (se kapitel 2), men kan også være udtryk for en stigende tendens til at behandle kræft. Generelt viser analysen en stigende tendens i antallet af patienter, der opereres og patienter, der strålebehandles indtil 2009 med efterfølgende stagnering i nogle år. Antallet af patienter i behandling for kemoterapi har vedvarende været stigende over hele perioden, *jf. figur 26*.

Figur 26. Udvikling i antal patienter med kræft*, der behandles med operation, strålebehandling og kemoterapi, 15+ årige, hele landet, 2007 – 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen
Anmærkning: Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud. Alder opgøres på udskrivningstidspunktet henholdsvis det enkelte besøg.

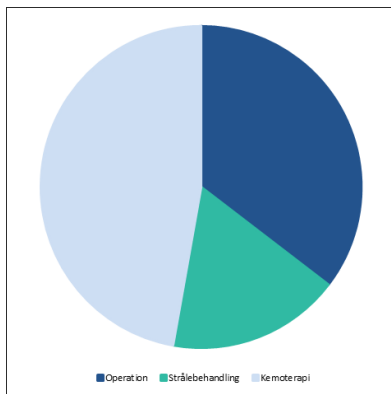
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Antallet af patienter, der bliver opereret, er steget med knap 20 pct. over perioden 2007-2014. Ligeledes er antallet af patienter, der har modtaget strålebehandling steget med ca. 36 pct. og antallet er forøget med lidt over 70 pct. ved kemoterapeutisk behandling. Til sammenligning er prævalensen/antallet af 15+ årige, der lever med kræft steget med 35 pct. i samme periode (se figur 6). Desuden ses regionale variationer, der kan være begrundet i variationen i det regionale befolkningsgrundlag (se kapitel 2), *jf. bilag 4*.

5.2 Stigende andel patienter modtager kemoterapi

Analysen viser en ændret fordeling i hvilke behandlingsformer patienterne modtager over perioden. Generelt har en større andel modtaget kemoterapi, mens færre er blevet strålebehandlet, men med en variation i andelen over årene. Dette kan være udtryk for det større antal kræftpatienter, *jf.* den tidligere omtalte stigende prævalens, men kan ligeledes være udtryk for en ændret behandlingsstrategi med anvendelse af flere behandlingstyper til den samme patient.

Figur 27. Andel patienter behandlet for kræft*, der opereres henholdsvis modtager strålebehandling og kemoterapi, 15+ årige, hele landet, 2007.

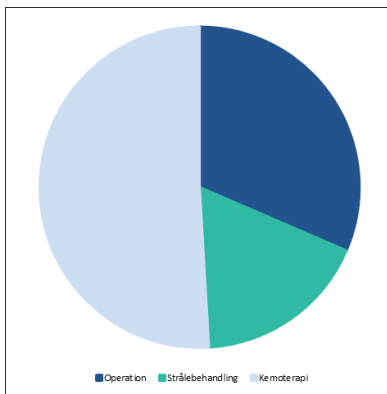


Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Figuren viser fordelingen af patienter behandlet for kræft vha. operation, strålebehandling og/eller kemoterapi. Patienter, der behandles inden for flere behandlingstyper, tæller tilsvarende med flere gange.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Figur 28. Andel patienter behandlet for kræft*, der opereres henholdsvis modtager strålebehandling og kemoterapi, 15+ årige, hele landet, 2010.

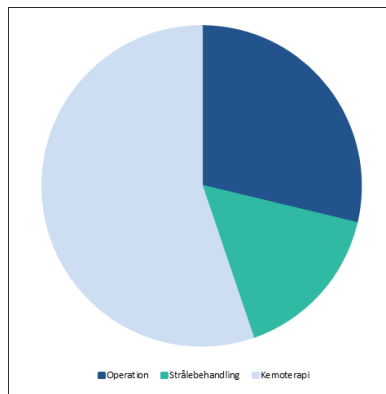


Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Figuren viser fordelingen af patienter behandlet for kræft vha. operation, strålebehandling og/eller kemoterapi. Patienter, der behandles inden for flere behandlingstyper, tæller tilsvarende med flere gange.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Figur 29. Andel patienter behandlet for kræft*, der opereres henholdsvis modtager strålebehandling og kemoterapi, 15+ årige, hele landet, 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Figuren viser fordelingen af patienter behandlet for kræft vha. operation, strålebehandling og/eller kemoterapi. Patienter, der behandles inden for flere behandlingstyper, tæller tilsvarende med flere gange.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

I 2007 blev 47 pct. patienter i kræftbehandling behandlet med kemoterapi mod 55 pct. i 2014. Andelen af patienter, der blev behandlet med operation, er faldet over perioden fra 35 pct. i 2007 til 29 pct. i 2014. Derimod er andelen af patienter, der strålebehandles i forløbet med kræft, nogenlunde uændret, *jf. figur 27, 28 og 29*.

5.3 Relativt flere behandles ambulant frem for at blive indlagt

Analysen viser, at flere patienter generelt behandles i ambulant regi. Det gælder både for så vidt angår operationer, strålebehandlinger og kemoterapeutiske behandlinger, samtidig ses et mindre fald i antallet af patienter der indlægges i forbindelse med stråle- og kemoterapibehandling.

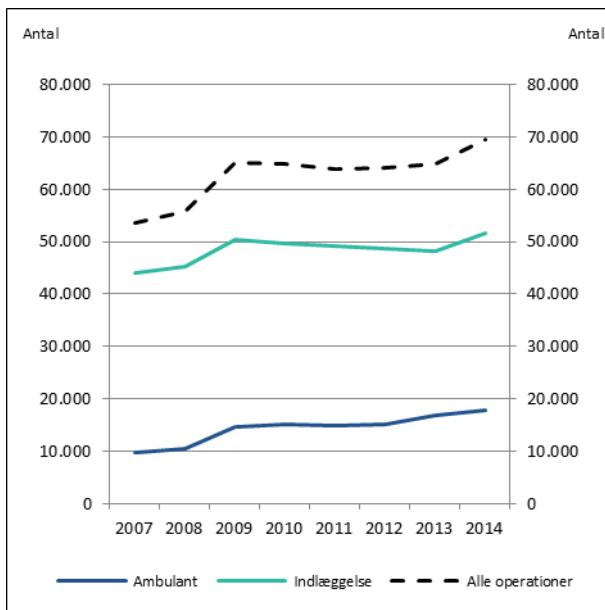
Stigning i antallet af ambulante operationer

Antallet af operationer har generelt været stigende over perioden. Stigningen i antallet af operationer er på knap 30 pct. for hele landet med en klar tendens over mod flere operationer i ambulant regi, hvor stigningen er større end under indlæggelse. Stigningen i antallet af operationer i ambulant regi er på omkring 83 pct., mens den er på

lidt over 17 pct. for operationer foretaget under indlæggelse for hele landet, *jf. figur 30*. Dog skal det bemærkes, at der samlet set foretages flest operationer under indlæggelser, og at stigningen i antal ambulante operationer er på knap 8.200, mens stigningen under indlæggelse er på omkring 7.500.

Det bemærkes, at antallet af patienter, der lever efter en diagnose med kræft, er steget med knap 40 pct. i samme periode (se kapitel 2).

Figur 30. Udvikling i antal operationer for patienter med kræft*, 15+ årige, fordelt på alle operationer, operation under indlæggelse og i ambulante regi, hele landet, 2007 – 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antallet af operationer opgøres som antallet af samtlige registrerede relevante 'egentlige' operationer. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

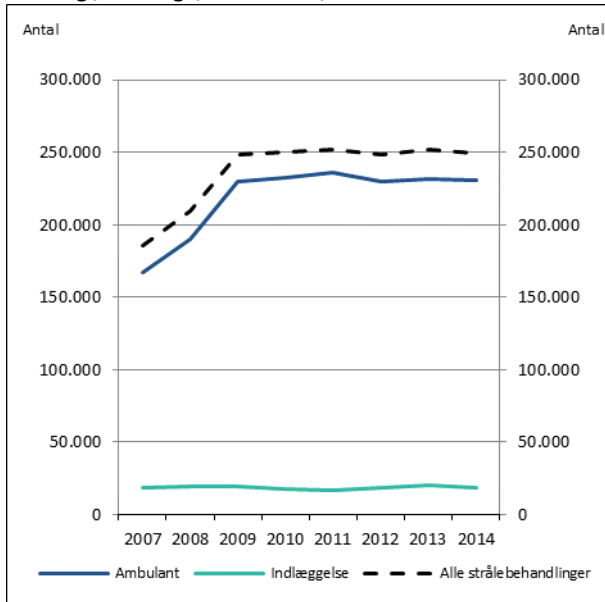
Ligeledes findes regionale variationer for operation under indlæggelse og i ambulante regi, *jf. bilag 4, tabel 4.1*, der kan være begrundet i variationen i patientgrundlaget (se kapitel 2).

Stigende ambulante aktivitet for strålebehandlinger siden 2009

Analysen viser en stigende anvendelse af strålebehandlinger, dog var den væsentligste stigning inden 2009. Herefter findes stagnering i antallet af behandlinger i resten af perioden. Det er hovedsageligt i ambulante regi stigningen forekommer.

Der har været en generel stigning i antallet af strålebehandling på lidt over 35 pct. fra 2007 til 2014. Den største stigning var fra 2007 til 2009 med omkring 25 pct., hvorefter antallet har været stort set uændret. Strålebehandlinger under indlægges har været stort set uændret hen over perioden, mens der er foretaget næsten 40 pct. flere strålebehandlinger i ambulante regi, *jf. figur 31*.

Figur 31. Udvikling i antal strålebehandlinger for patienter med kræft*, strålebehandling under indlæggelse og i ambulantly regi, 15+ årige, hele landet, 2007 – 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antallet af strålebehandlinger opgøres som antallet af samtlige registrerede strålebehandlinger, defineret som BWGC, BWGE, BWGG, BWGJ, BNGC1, BNGD, BWHD, WT. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Ligeledes findes regionale variationer for strålebehandling under indlæggelse og i ambulantly regi, *jf. bilag 4, tabel 4.2*, der kan være begrundet i variationen i patientgrundlaget (se kapitel 2).

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen via udarbejdelse af Kræftplan II 2005 satte fokus på et øget behov for apparatur og personalekapacitet i forbindelse med et øget behov for strålebehandling, der blev fulgt op af regeringen med ønsket om en aktivitetsstigning på området med afsættelse af ekstra pulje i Finansloven for 2005 og 2006 til indkøb af apparatur og uddannelse af personale. I de efterfølgende år indgik strålebehandling ligeledes i Aftale om regionernes økonomi mellem regeringen og Danske Regioner.

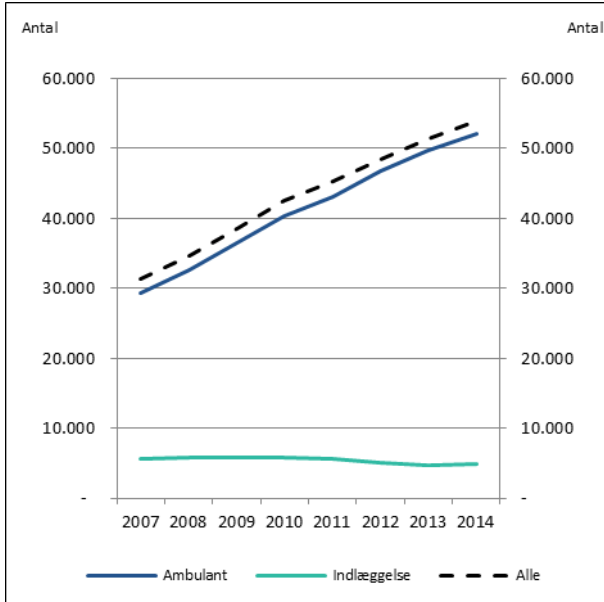
Stigende ambulantly behandling med kemoterapi

Der ses en betydelig stigning i antal patienter, der behandles med kemoterapi i ambulantly regi, mens antallet behandlet under indlæggelse er svagt faldende.

Analysen viser en stigning i antallet af borgere, der behandles med kemoterapi i ambulantly regi. På landsplan steg antallet af patienter, der behandles med kemoterapi i ambulantly regi, med næsten 80 pct. over perioden, mens antallet behandlet under indlæggelse faldt med ca. 10 pct., *jf. figur 32*.

Nedenstående figur viser, at patienter med kræft hovedsageligt bliver behandlet med kemoterapi i ambulantly regi.

Figur 32. Udvikling i antal patienter med kræft*, der modtager kemoterapi, under indlæggelse og i ambulant regi, 15+ årige, hele landet, 2007 – 2014.



Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Kemoterapi defineres som BOHJ, BWHA, BWHB, BWHC, BOHE, BJCZ01, BJHE11, BJHE12. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktionsdiagnose.

Ligeledes findes regionale variationer for antallet af patienter, der modtager kemoterapi under indlæggelse og i ambulant regi, jf. bilag 4, tabel 4.3.

6 Gennemsnitlige udgifter for kontakter til sygehus

I analysen ses på de gennemsnitlige beregnede udgifter pr. kontakt, pr. indlæggelse og ambulante besøg pr. patient, hvor de beregnede gennemsnitlige udgifter pr. kontakt pr. patient beregnes på tværs af kontaktype, indlæggelse og ambulant besøg. Desuden sammenlignes de gennemsnitlige udgifter for patienter med kræft med de gennemsnitlige udgifter for patientforløb uanset diagnose.

Det bemærkes indledningsvist, at der løbende foretages ændringer i takstsystemet over perioden, dog mest inden for den onkologiske behandling i ambulant regi. Takstsystemet er således blevet væsentligt ændret med implementering i 2011. Ændringen havde væsentlig indflydelse på taksten for ambulante besøg, da beregningen fra dette år ikke længere medtager udgifter til udleveret onkologisk medicin i ambulant regi, samt alene medtager forløb i den dyrere ende af de fastsatte takster, hvis afdelingerne har tilkendegivet behandling med onkologisk medicin i afdelingen med en tillægskode til behandlingen. Ellers indgår de ambulante besøg i den billigere ende af de fastsatte takster.

I nedenstående figurer anvendes aktuelle takstår og løbende priser over perioden, hvilket indebærer, at den gennemsnitlige udgift pr. kontakt, pr. indlæggelse og ambulante besøg pr. patient anvender den beregnede gennemsnitlige udgift det aktuelle år.

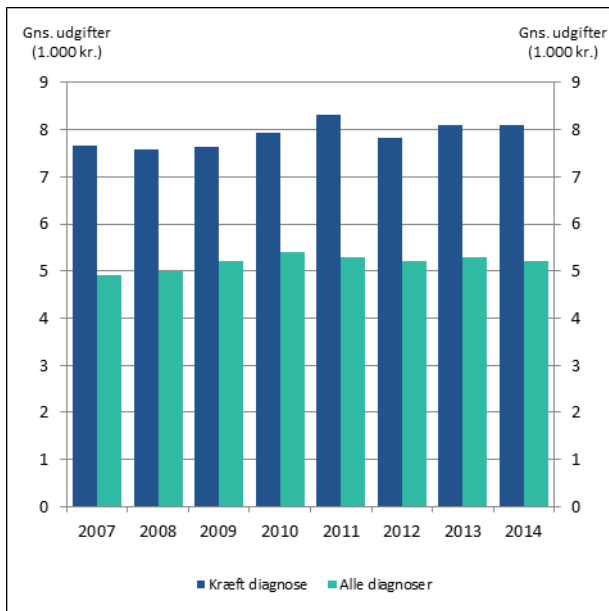
6.1 Stigende gennemsnitlige udgifter pr. patient

Overordnet set viser analysen, at den gennemsnitlige udgift pr. kontakt, pr. indlæggelse og pr. ambulante besøg pr. patient med kræft er højere sammenlignet med de gennemsnitlige udgifter pr. kontakt, pr. indlæggelse og pr. ambulante besøg pr. patient, når alle patientkontakter medtages uanset hvilken årsag, der har været til kontakten.

Analysen af de gennemsnitlige udgifter (løbende priser) pr. kontakt pr. patient med kræft viser en stigende tendens over perioden med et udsving i 2011, hvor det er væsentligt at være opmærksom på den beskrevne ændring i takstsystemet fra 2011. Der foreligger en tilsvarende tendens for de gennemsnitlige udgifter pr. kontakt pr. patient uanset, hvilke årsager der har været til patienternes kontakt til sygehuset, jf. figur 33.

Den gennemsnitlige udgift pr. kontakt pr. patient med kræft er steget med knap 6 pct. fra 2007 til 2014 fra lidt over 7.500 kr. til lidt over 8.000 kr.; mens den gennemsnitlige udgift pr. kontakt pr. patient uanset diagnose er steget med lidt over 6 pct. fra lidt under 5.000 kr. i 2007 til lidt over 5.000 kr. i 2014, blot på et lavere niveau.

Figur 33. Gennemsnitlige udgifter (1.000 kr.) pr. kontakt pr. patient med kræft* samt uanset diagnose, 15+ årige, hele landet, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. kontakt pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud samt alle diagnoser.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose.

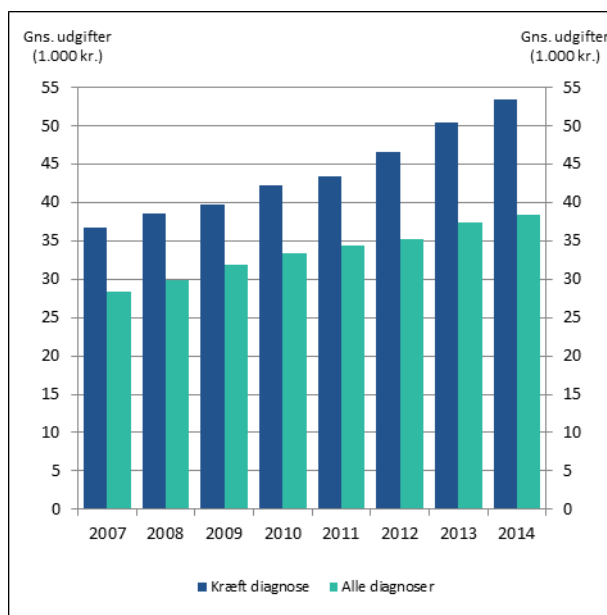
For kræftområdet skal den overordnede udvikling (figur 31) ses i lyset af, at antallet af ambulante besøg stiger vedvarende over hele perioden (se kapitel 3). Ligeledes forøges anvendelsen af radiologiske undersøgelser, hvor specifikt antallet af CT-scanninger og MR-scanninger er steget (se kapitel 4), og der foretages flere behandlinger (se kapitel 5) til det stigende antal patienter med kræft (se kapitel 2).

Ligeledes ses at de gennemsnitlige udgifter (løbende priser) pr. indlæggelse pr. indlagt patient med kræft er stigende over hele perioden fra lidt under 40.000 kr. i 2007 til noget over 50.000 kr. i 2014. Den gennemsnitlige udgift

pr. indlæggelse pr. patient med kræft som hovedårsag til kontakten er således steget med omkring 45 pct. fra 2007 til 2014. Til sammenligning viser den gennemsnitlige udgift pr. kontakt pr. patient uanset kontaktårsag ligeledes en stigende tendens, men hvor stigningen er på cirka 35 pct. fra 2007 til 2014 *jf. figur 34*.

Ligeledes ses en stigning i de gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg pr. ambulante patient med kræft fra omkring 4.500 kr. i 2007 til lidt under 5.500 kr. i 2014, hvilket svarer til en stigning på omkring 18 pct. Der ses ligeledes en tilsvarende stigende tendens for de gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg pr. ambulante patient uanset årsagen til besøget på omkring 14 pct., blot på et lavere niveau, *jf. figur 35*.

Figur 34. Gennemsnitlige udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse pr. patient med kræft* samt uanset diagnose, 15+ årige, hele landet, 2007-2014.

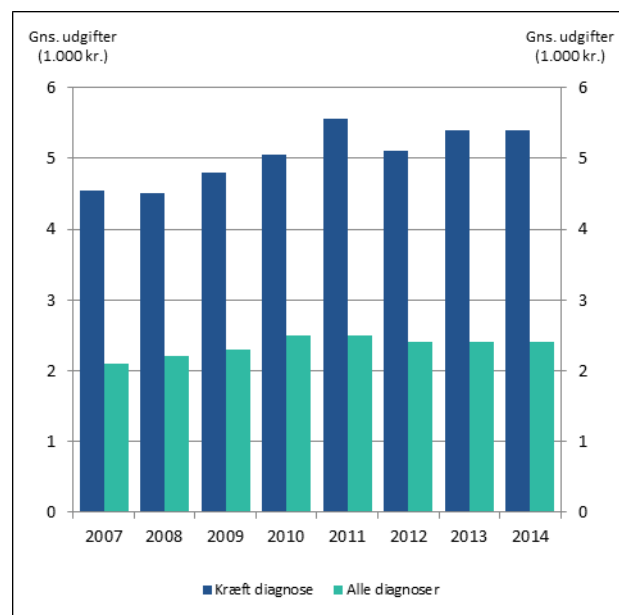


Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud samt alle diagnoser.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose.

Figur 35. Gennemsnitlige udgifter (1.000 kr.) pr. ambulante besøg pr. patient med kræft* samt uanset diagnose, 15+ årige, hele landet, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. ambulante besøg pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud samt alle diagnoser.

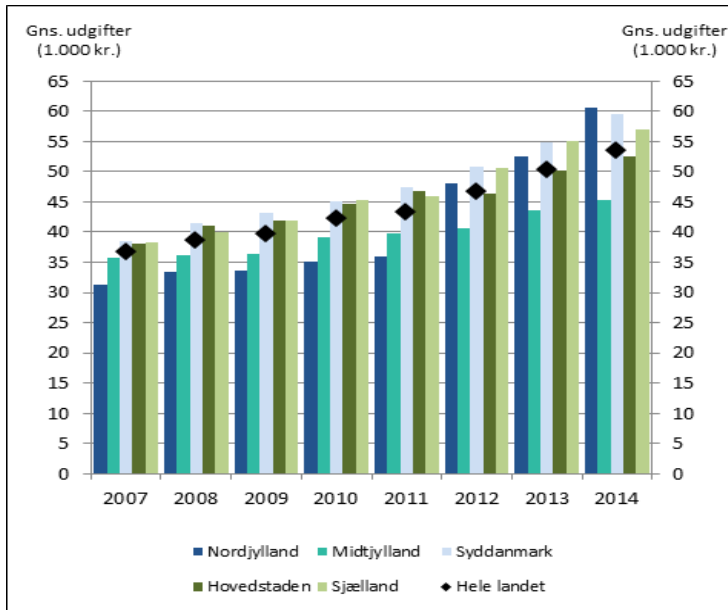
*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose.

6.2 Regionale forskelle i gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse pr. patient med kræft

Der findes regionale forskelle i de gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse pr. patient, hvor alle regioner har en stigende tendens over hele perioden.

Region Midtjylland ligger som den eneste region under de gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse pr. patient for hele landet i hele perioden, *jf. figur 36*. Desuden ses, at denne region har haft et stigende antal indlæggelser indtil 2009 og stigende gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient indtil 2011, hvorefter der har været en faldende tendens (se kapitel 3). Desuden ses i kapitel 4, at CT-scanning er en større andel af de udførte radiologiske undersøgelser i denne region end gældende for hele landet.

Figur 36. Gennemsnitlige udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse pr. patient med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år samt tre år for hvert takstår, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose.

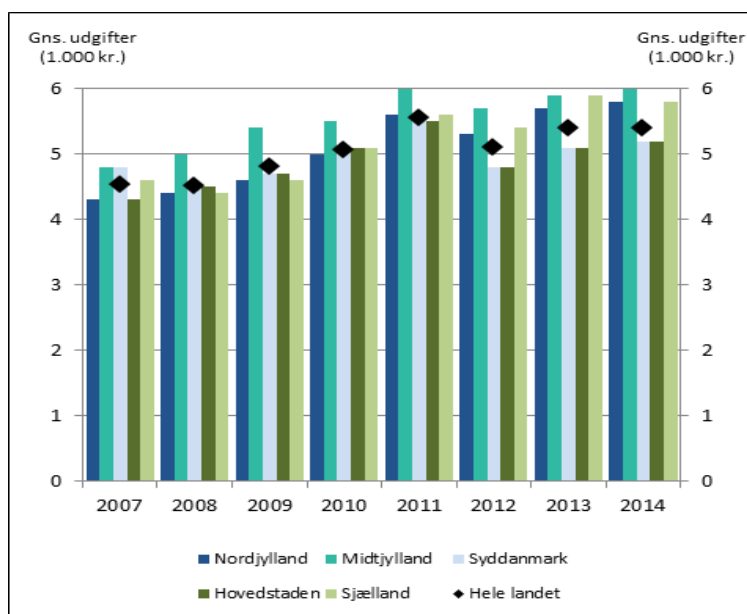
6.3 Mindre regionale forskelle i gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg pr. ambulante patient med kræft

De gennemsnitlige udgifter pr. ambulante besøg pr. ambulante patient udviser en minimal regional variation over årene, hvor udgifterne i hver region i rimeligt omfang følger landsgennemsnittet, jf. figur 37. Den beskrevne ændring af takster for beregning af udgifterne, i starten af dette kapitel, fremgår tydeligt af nedenstående figur med en jævn stigning til og med 2011 efterfulgt af et fald i 2012, idet det dog bemærkes at der er tale om relativt små størrelser ift. udgifterne pr. indlæggelse.³

Region Midtjylland har som den eneste region et højere gennemsnit for udgifterne pr. ambulante besøg pr. patient end landsgennemsnittet over hele perioden, samtidig med at regionens gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse dog lå under gennemsnittet for hele perioden, jf. ovenfor.

³ Analysen viser den beskrevne takstændring med implementering i 2011, da den gennemsnitlige udgift pr. ambulante besøg pr. patient var dyrest i 2011 med 5.600 kr. med et efterfølgende fald i de gennemsnitlige udgifter i efterfølgende år. Efter et gennemsnitligt fald på 500 kr. ses en stigende tendens fra denne nye grundtakst i 2012 til og med 2014. Den gennemsnitlige omkostning pr. ambulante besøg pr. patient er steget med omkring 20 pct. over perioden.

Figur 37. Gennemsnitlige udgifter (1.000 kr.) pr. ambulante besøg pr. patient med kræft*, 15+ årige, efter bopælsregion, 2007-2014.



Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 10. marts efterfølgende år samt tre år for hvert takstår, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Anvender aktuelle års takstsystem og årets priser (løbende priser). Gns. udgifter (1.000 kr.) pr. ambulante besøg pr. ambulante patient med anvendelse af DRG-grupperet data. Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret med aktions-diagnose. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

7 Metode

Analysen tager udgangspunkt i opgørelser udarbejdet som datagrundlag i forbindelse med Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige forarbejde for Kræftplan IV.

Nedenfor beskrives kort metoder for de enkelte opgørelser.

7.1 Population

På tværs af opgørelser anvendes ikke helt overensstemmende populationer begrundet i, at der er anvendt allerede opgjorte data fra Cancerregisterets og Dødsårsagsregisterets årsrapportering for nogle af opgørelserne, mens data fra Landspatientregisteret danner grundlag for andre.

Populationerne for incidens og prævalens anvender populationsafgrænsningen svarende til Cancerregisterets. Dette indebærer, at der for ovennævnte opgørelser for nogle kræftområder er medtaget godartede tumorer og for nogle kræftområder ligeledes supplerende kræftdiagnoser end anvendt ved øvrige opgørelser svarende til afgrænsningen defineret for pakkeforløb for de specifikke kræftområder, *jf. bilag 1*.

Populationer for dødelighed (mortalitet) anvender afgrænsningen svarende til Dødsårsagsregisteret, der alene medtager kræftdiagnoser. For nogle af kræftområderne er populationsafgrænsningen ikke helt overensstemmende i forhold til definerede populationer for pakkeforløb for de specifikke kræftområder, *jf. bilag 2*.

Øvrige opgørelser anvender alene kræftdiagnoser defineret for pakkeforløb for de specifikke kræftområder samt alle kræftformer undtaget anden kræft i hud, *jf. bilag 3*.

Der anvendes en aldersdifferentiering på borgere (15+ årige) for de fleste opgørelser. Dette er ikke muligt med anvendelse af eksisterende data for prævalens, hvorfor disse tal medtager alle aldre. Borgere med validt cpr-nummer og fast bopæl i Danmark indgår i opgørelserne.

De fleste tal er opgjort på bopælsregion og hele landet.

7.2 Incidens

Incidens viser antallet af nye tilfælde for specifikke sygdomme, der skal indberettes til Cancerregisteret. Ud over kræft medtager registeret ligeledes specifikke tumorigenende og godartede sygdomme.

Tal fra Cancerregisterets opgørelse udarbejdet i forbindelse med årsrapporteringen for 2014 anvendes ved angivelse af incidens. Hvis en person har haft mere end en sygdom, der skal indberettes til Cancerregisteret, tæller hver sygdom med fra det tidspunkt diagnosen stilles.

Det enkelte incidente tilfælde medtaget i opgørelsen er diagnosticeret faktuelle år for personer med validt cpr-nummer og med fast bopæl i Danmark. Alder defineres ud fra diagnosedatoen i Cancerregisteret. Der anvendes aldersdifferentiering 15+ årige.

Den procentvise fordeling af incidente kræfttilfælde på tværs af bopælsregioner og år er beregnet med anvendelse af incidens data for alle kræftformer undtaget anden kræft i hud for 15+ årige. Desuden anvendes data fra Danmarks Statistik i forbindelse med befolkningsgrundlaget i beregningen. Anvendte data for befolkningen er for 1. kvartal (K1) aktuelle år for alle aldre. Anvendelse af data for 1. kvartal aktuelle år er begrundet i en ensrettet tilgang til anvendte data i beregningen på tværs af perioden. K1 2008 er det første kvartal, hvor det har været muligt at få data fra Danmarks Statistik, hvorfor 2008 er det første år med en beregnet andel for hver region.

Tabel A. Udvikling i den procentvise andel incidente kræfttilfælde i forhold til befolkningstal, efter bopælsregion, incidente kræfttilfælde 15+ årige, 2008-2014

Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nordjylland	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Midtjylland	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Syddanmark	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
Hovedstaden	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6
Sjælland	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7
Hele landet	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6

Kilde: Cancerregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik 23. februar 2016

Note: Beregningsmodel (incidens / befolkningstal K1 faktuelle år)*100, hvor K1 er benævnelse for første kvartal.

7.3 Prævalens

Prævalens viser forekomsten af kræft i befolkningen og medtager alle personer, der er diagnosticeret med en eller flere tidligere anmeldte sygdomme tilbage til 1943, der er i live ved udgangen af 2014.

Tal for prævalens er fra Cancerregisterets opgørelse udarbejdet i forbindelse med årsrapporteringen for 2014. Ud over kræft medtager registeret ligeledes specifikke tumorkignende og godartede sygdomme. Alle borgere uanset alder med validt cpr-nummer og fast bopæl i Danmark indgår i opgørelserne.

Prævalens viser antallet af borgere uanset alder, der ved udgangen af det specifikke år lever efter en kræftdiagnose. Hvis en person har haft mere end en sygdom, der skal indberettes til Cancerregisteret, tæller hver sygdom med fra det tidspunkt diagnosen stilles.

Prævalens vises for borgere, der lever med kræft og for kræfttilfælde, der fortsat er i live, ved udgangen af faktuelle år.

7.4 Mortalitet

Mortalitet viser antal dødsfald i et givet år i befolkningen, hvilket vil sige dødeligheden for en given sygdomsgruppe. Mortalitet opgøres i Dødsårsagsregisteret. Der anvendes alene kræftdiagnoser i opgørelserne, dog er populationsafgrænsningen ikke helt overensstemmende med øvrige opgørelser for nogle af kræftformerne.

Tal for mortalitet er fra Dødsårsagsregisterets opgørelse udarbejdet i forbindelse med årsrapporteringen for 2014.

Data bygger på den tilgrundliggende dødsårsag indberettet på dødsattester til registeret for personer med validt cpr-nummer og med fast bopæl i Danmark. Alderen defineres ud fra dødsdatoen. I opgørelserne anvendes en aldersdifferentiering 15+ årige.

Nedenfor vises en oversigt over antal 15+ årige, der er døde af kræft som den tilgrundliggende dødsårsag.

Tabel B. Oversigt over antal døde (mortalitet) med kræft

År	Antal
2007	15.099
2008	15.199
2009	15.093
2010	15.334
2011	15.512
2012	15.706
2013	15.227

År	Antal
2014	15.288

Kilde: Dødsårsagsregisteret 2014, Sundhedsdatastyrelsen

Note: I opgørelsen medtages alle kræftformer

Erfaringsmæssigt udestår et vist antal dødsattester ved en årgangs afslutning. Dødsårsagsregisteret anvende i nogen sammenhæng at opskrive data svarende til den erfaringsmæssige faktor, som beskrevet i notat på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside 'opskrivningsprocenter for hele landet og for regionerne'. I denne sammenhæng anvendes ikke justering med angivne proccatsatser.

7.5 Antal radiologiske undersøgelser

Nedenstående koder anvendes ved opgørelse af radiologiske undersøgelser, grupperet som 'andre radiologiske undersøgelser', CT- og MR-scanning. Koder er at finde i SKS-klassifikationen, og registreres til Landspatientregisteret.

Tabel C. Anvendte procedurekoder for radiologiske undersøgelser

Tekst	Radiologiske undersøgelseskoder
MR-scanninger	UXM*
CT-scanninger	UXC*
Andre radiologiske undersøgelser:	
Røntgen undersøgelser	UXR*, WNCG211XX, WNCGD11*, WNCGD12*, WNCGD13*, WNCGD15*, WNCGDJD*, WNCGS14XX
PET CT/MR scanning, tumorscintigrafi, uspecifik isotop, SPECT	WDTPS*, WDTGD*, WDTGS*, WDTGW*, WDTSS*, WDLPSFAXX, WDTCPYXX, WEEGS*, WEEGW*, WEES*, WEFGS*, WEFSS*, WEHGS*, WEMGS*, WG4GS26XX, WGBGD10C1, WGKGS27XX, WGLGD35XX, WKBGD19XX, WKBGS19XX, WKBGW19XX, WKBPSFAXX, WKBSS19XX, WLHGS41XX, WM*, WPKGD26XX, WQACSXYXX, WRACPXYXX, WRACSYXX, WDAGS36XX, WDGPSFAXX, WDGPFAXX, WDTCPYXX, WC1PSG4XX, WC2GS12XX, WC2GS15XX, WCBPXYXX, WCBGS10XX, WCBMPXYXX, WBBGS25XX, WBCGD31XX, WGKGS27XX, WGLGD*, WGZGS42XX, WNFWD*, WAHCSXYXX, WEMGS20XX, WEMGS21XX
Angiografier	UXA*
Ultralud undersøgelser	UXU*

Note: *Alle underliggende koder medtages i opgørelse

7.5.1 For kræftpatienter

Antallet af radiologiske undersøgelser opgøres for alle kræfttilfælde undtagen anden kræft i hud.

Opgørelsen medtager radiologiske undersøgelser foretaget på kontakter, hvor den væsentligste diagnose for kontakten er registreret som aktions-diagnose.

Antallet af radiologiske undersøgelser fordeles efter type af radiologisk undersøgelse. I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget på offentlige sygehuse samt radiologiske undersøgelser foretaget på private sygehuse, der er betalt af det offentlige.

Antallet af radiologiske undersøgelser omfatter alle registrerede radiologiske undersøgelser for røntgenundersøgelse inklusive angiografi (røntgenundersøgelse af blodårer) og ultralydsundersøgelse, CT- og MR-scanninger, jf. fanen Undersøgelseskoder.

Antallet opgøres for hvert år fra 2007 til 2014 fordelt på bopælsregion og hele landet.

Aldersafgrænsning 15+ årige, hvor alderen er defineret ud fra startdatoen på anvendte kontakt, hvor undersøgelsen er foretaget.

7.5.2 For patienter i pakkeforløb

Antal radiologiske undersøgelser opgøres for patienter inkluderet i pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype, svarende til afgrænsningen for inkluderede kræftområder.

Følgende pakkeforløb undtages i opgørelsen:

1. pakkeforløb for tarmmetastaser i leveren grundet pakkeforløbets komplekse struktur som et parallelt forløb til pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft
2. pakkeforløb for børn begrundet i aldersafgrænsningen i populationsafgrænsningen i øvrige opgørelser i forbindelse med forarbejdet for Kræftplan IV
3. pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder samt pakkeforløb for lungehindekræft grundet implementeringsfrist i 2015 henholdsvis 1. januar 2016.

Dette indebærer, at pakkeforløbsnumrene 1 – 7, 9 - 10, 12 - 16, 18, 20 - 23 og 25 - 26 medtages i opgørelsen.

Opgørelsen tager udgangspunkt i antallet af registrerede radiologiske undersøgelser pr. år samt kontakter med registreret pakkeforløbskode.

Opgørelsen medtager alle radiologiske undersøgelser foretaget på kontakter, hvor der er registreret enten AFBxxC 'beslutning om initial behandling', hvor diagnosen er bekræftet eller med fortsat begrundet mistanke om kræft, eller diagnose afkræftet i form af AFBxxX1 'pakkeforløb slut, diagnose afkræftet' for de medtagne pakkeforløb. Antallet af radiologiske undersøgelser fordeles efter type af radiologisk undersøgelse. Antallet af radiologiske undersøgelser omfatter alle registrerede radiologiske undersøgelser. De radiologiske undersøgelser omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser, CT- og MR-scanninger samt ultralydsundersøgelser (se kapitel 7.5.1, tabel C). I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget på offentlige sygehuse samt på private sygehuse, der er betalt af det offentlige.

Desuden opgøres de radiologiske undersøgelser i forhold til, om patienten udredt i pakkeforløb er registreret med diagnose bekræftet i form af AFBxxC 'beslutning om initial behandling' eller diagnose afkræftet i form af AFBxxX1 'pakkeforløb slut, diagnose afkræftet' med anvendelse af den etablerede algoritme i pakkeforløbsopgørelserne for aktivitetsindikatoren 'diagnose afkræftet OA1' for årene 2013 og 2014. Indikatoren OA1 for organspecifik kræfttype opgør andelen af forløb med diagnose afkræftet i forhold til det samlede antal forløb med diagnose be- eller afkræftet.

Tabel D. Udvikling i antal radiologiske undersøgelser i pakkeforløb for kræftområdet OA1*, fordelt på MR-scanning, CT-scanning og andre radiologiske undersøgelser, antal pakkeforløb med diagnose be- og afkræftet, ændring i pct., hele landet, 2013-2014.**

År	MR-scanning	CT-scanning	Andre radiologiske undersøgelser	Alle undersøgelser pakkeforløb	Antal forløb diagnose be- eller afkræftet	Antal forløb diagnose afkræftet	Antal forløb diagnose bekræftet
2013	10.922	63.653	130.912	205.487	106.297	72.970	33.326
2014	13.530	66.861	146.958	227.349	119.547	84.945	34.601
Ændring***	23,9	5,0	12,3	10,6	12,5	16,4	3,8

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016 og Årsrapport for Monitorering af kræftområdet 2014 11. april 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige. Antallet af radiologiske undersøgelser omfatter alle registrerede radiologiske undersøgelser – markeret med 'Alle undersøgelser'.

Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC' og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1'.

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindkræft er ikke medtaget i opgørelsen.

**'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser – markeret med 'Andre undersøgelser'.

***'Ændring' viser den procentvise ændring fra 2013 til 2014.

Tabel E. Antal 'andre radiologiske undersøgelser'* foretaget i pakkeforløb for kræftområdet OA1, fordelt på forløb med diagnose be- eller afkræftet, efter bopælsregion, 2013 - 2014.**

	2013 bekræftet	2014 bekræftet	2013 afkræftet	2014 afkræftet
Nordjylland	5.652	6.248	13.749	15.743
Midtjylland	10.917	13.831	23.480	29.318
Syddanmark	7.098	8.031	11.204	11.558
Hovedstaden	16.766	16.888	30.064	30.794
Sjælland	5.845	6.960	6.137	7.587
Hele landet	46.278	51.958	84.634	95.000

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

*'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser.

**Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC*' og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1'.

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindkræft er ikke medtaget i opgørelsen.

Tabel F. Antal CT-scanninger foretaget i pakkeforløb for kræftområdet OA1*, fordelt på forløb med diagnose be- eller afkræftet, efter bopælsregion, 2013 - 2014.

	2013 bekræftet	2014 bekræftet	2013 afkræftet	2014 afkræftet
Nordjylland	5.766	4.005	4.745	3.360
Midtjylland	9.117	12.363	11.353	9.686
Syddanmark	3.718	4.812	4.416	6.604
Hovedstaden	10.052	9.866	8.290	8.559
Sjælland	3.622	3.884	2.574	3.722
Hele landet	32.275	34.930	31.378	31.931

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC' og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1'.

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindkræft er ikke medtaget i opgørelsen.

Tabel G. Antal MR-scanninger foretaget i pakkeforløb for kræftområdet OA1*, fordelt på forløb med diagnose be- eller afkræftet, efter bopælsregion, 2013 - 2014.

	2013 bekræftet	2014 bekræftet	2013 afkræftet	2014 afkræftet
Nordjylland	705	706	621	694
Midtjylland	2.140	2.993	1.190	1.655
Syddanmark	1.094	1.325	1.493	1.575
Hovedstaden	1.964	2.245	648	1.073
Sjælland	797	827	270	437
Hele landet	6.700	8.096	4.222	5.434

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

**Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC*' (bekræftet) og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1' (afkræftet).

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindekræft er ikke medtaget i opgørelsen.

Tabel H. Gns. antal 'andre radiologiske undersøgelser*' pr. forløb foretaget i pakkeforløb for kræftområdet, fordelt på forløb med be- og afkræftet OA1, hele landet, 2013-2014**

	Diagnose be- eller afkræftet		Diagnose bekræftet		Diagnose afkræftet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antal forløb OA1	106.297	119.547	33.326	34.601	72.970	84.945
Antal undersøgelser	130.912	146.958	46.278	51.958	84.634	95.000
Gns. antal undersøgelser pr. 100 forløb	123	123	139	150	156	112

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

*'Andre radiologiske undersøgelser' omfatter angiografier (røntgenundersøgelse af blodårer), røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser.

**Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC*' (bekræftet) og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1' (afkræftet).

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindekræft er ikke medtaget i opgørelsen.

Tabel I. Gns. antal MR-scanninger pr. forløb foretaget i pakkeforløb for kræftområdet, for pakkeforløb efter udredning OA1*, hele landet, 2013-2014

	Diagnose be- eller afkræftet		Diagnose bekræftet		Diagnose afkræftet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antal forløb OA1	106.297	119.547	33.326	34.601	72.970	84.945
Antal MR-scanninger	10.922	13.530	6.700	8.092	4.222	5.434
Gns. antal MR-scanninger pr. 100 forløb	10,3	11,3	20,1	23,4	5,8	6,4

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC' (bekræftet) og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1' (afkræftet).

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindekræft er ikke medtaget i opgørelsen.

Tabel J. Gns. antal CT-scanninger pr. forløb foretaget i pakkeforløb for kræftområdet, for pakkeforløb efter udredning OA1*, hele landet, 2013-2014

	Diagnose be- eller afkræftet		Diagnose bekræftet		Diagnose afkræftet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Antal forløb OA1	106.297	119.547	33.326	34.601	72.970	84.945
Antal CT-scanninger	63.653	66.864	32.275	34.930	31.378	31.931
Gns. antal CT-scanninger pr. 100 forløb	59,9	55,9	96,8	101	43,0	37,6

Kilde: Landspatientregisteret 10. januar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: I opgørelsen indgår radiologiske undersøgelser foretaget i offentlige sygehuse samt på private sygehuse betalt af det offentlige.

Pakkeforløb for kræftområdet OA1 defineres ud fra relevante anvendte registreringer i forbindelse med inkluderede pakkeforløb. 'OA1 Diagnose afkræftet' viser forløb med diagnose be- eller afkræftet efter udredning i pakkeforløb identificeres med anvendelse af registrering af 'beslutning, vedrørende initial behandling AFBxxC' og 'pakkeforløb slut, diagnose bekræftet AFBxxX1'.

Pakkeforløb for tarmmetastaser i lever, pakkeforløb for børn, pakkeforløb for analkræft, pakkeforløb for nyrebækken eller urinleder og pakkeforløb for lungehindekræft er ikke medtaget i opgørelsen.

7.6 Aktivitet for operation, kemoterapi og strålebehandling

Antallet af behandlinger opgøres for alle kræfttilfælde undtaget anden kræft i hud samt for hver kræftform.

Behandlinger opdeles i tre grupper: operation, strålebehandling og kemoterapi.

Operation

Operation er defineret af procedurekoder for egentlige operationer fra SKS-klassifikationen til Landspatientregisteret.

Nedenstående procedure-koder definerer relevante koder for operation (operation) fordelt på de specifikke populationer, der anvendes ved opgørelse.

Tabel H. Anvendte procedurekoder ved opgørelse af operation

Population	Behandlingskode	Eksklusion af følgende koder
Brystkræft	KHAB, KHAC, KHAD, KHAE, KHAF, KHW	
Hoved – og halskræft	KBAA, KD, KE, KGB, KTDH20, KTEC20	KDAA, KDAC, KDBA, KDCA, KDCC, KDDA, KDDC, KDEA, KDEC, KDFA, KDFC, KDGA, KDHA, KDHC, KDHD, KDJA, KDMA, KDMC, KDNA, KDNC, KDPA, KDPC, KDQA, KDQC, KEDA, KEEA, KEGA, KEHA, KEJA, KEKA, KELA, KEMA, KENA, KBAA00, KBAA05, KBAA10, KEAA00, KEAA40, KECA10, KECA20, KECA60, KELB00B
Kræft i bugspytkirtel	KJL	KJLA, KJLB00
Kræft i spiserør, mavemund og mavesæk	KJC, KJD	KJDH00 – KJDH50, KJDH70- KJDH71
Primær leverkræft	KJJ	KJJA00, KJJA20, KJJA21, KJJA23, KJJA24, KJJA26
Kræft i tyk- og endetarm	KJF, KJG, KJW, KJAH00, KJAH50, KJAH51, KJJAQ10,	KJFA00-KJFA05, KJFA12, KJFA16- KJFA38, KJFA60, KJFA61, KJFA65, KJFA70- KJFA76, KJFE, KJFB00, KJFB01, KJFB10, KJFB13
Kræft i urinveje	KKA, KKB, KKC, KKD, KKW, KTKA30	KKAA, KKAB, KKA, KCAF, KKBA, KKBC, KKBE, KKBF, KKCA, KKCB, KKCE, KKCF, KKDE
Kræft i prostata	KKE	KKEA, KKEB
Kræft i testikel	KKF	KKFA, KKFB

Population	Behandlingskode	Eksklusion af følgende koder
Livmoderkræft	KLC, KLW, KJAH00, KJAH50, KJAH51	KLCH, KLCA00, KLCA01, KLCA06, KLCA24, KLCA30, KLCA31
Kræft i æggestok	KLA, KLW, KJAH00, KJAH50, KJAH51	KLAA, KLAB10-97
Livmoderhalskræft	KLD, KLE, KLW	KLEA, KLEG, KLDA20, KLDA96, KLEB00
Kræft i hjernen	KA	KAAA, KAAC, KAAD, KAAJ, KAAO, KAAE00, KAAG00, KAAK70, KAAL99
Modermærkekræft	KQ	KQAA, KQAD, KQBC, KQBD, KQCE, KQCD, KQCH, KQDC, KQDD, KQDH, KQBA00, KQBA10, KQCA00, KQCA10, KQDA00, KQDA10, KQXA00, KQXA10
Lungekræft	KG	KGEC, KGDA00, KGDA01, KGDA10, KGDA11, KGEA00, KGEA10, KGEB10, KGEB20
Analkræft (kræft i endetarmsåbning og analkanalen)	KJH	KJHB, KJHA00, KJHA10
Alle kræftformer undtaget anden kræft i hud	KA-KQ	Alle ovenstående UNDTAGET KJDH00 – KJDH50, KJDH70-KJDH71, KJFA00-KJFA05, KJFA12, KJFA16-KJFA38, KJFA60, KJFA61, KJFA65, KJFA70- KJFA76, KJFE, KJFB00, KJFB01, KJFB10, KJFB13, KABA, KACA, KCAA, KCEA, KCGA, KCHA, KCKA, KJDF, KKGA, KKGB, KKGf, KKKA, KKKF, KLBA, KLBB, KLBC, KLFA, KLFB, KNAA, KNBA, KNCA, KNDA, KNEA, KNFA, KNGA, KNHA, KPAA, KPBA, KPCA, KPDA, KPFA, KPFA, KPJA, KJAH00-21, KJFA00-02, KJFA12, KJFA16-17

Note: Alle underliggende koder medtages i opgørelserne. Ved koder angivet med syv karakterer i kolonnen 'eksklusion af følgende koder' er det alene angivne kode, der ekskluderes.

Strålebehandling

Strålebehandling er defineret af procedurekoderne BWGC, BWGE, BWGG, BWGJ, BNGC1, BNGD, BWHD og WT fra SKS-klassifikationen til Landspatientregisteret.

Kemoterapi

Kemoterapi er defineret af procedurekoderne BOHJ, BWHA, BWHB, BWHC, BOHE, BJCZ01, BJHE11, BJHE12 fra SKS-klassifikationen til Landspatientregisteret.

Strålebehandling og kemoterapi opgøres alene for alle kræftformer undtaget anden kræft i hud.

Opgørelsen medtager behandlinger foretaget på kontakter, hvor den væsentligste diagnose for kontakten er kræft og er registreret som aktions-diagnose.

Antallet af behandlinger fordeles efter type af behandling. I opgørelsen indgår behandlinger foretaget på offentlige sygehuse samt behandlinger foretaget på private sygehuse, der er betalt af det offentlige.

Antallet af behandlinger omfatter alle registrerede operationer og strålebehandlinger.

Der opgøres alene antal patienter, der modtager kemoterapi under indlæggelse og ved ambulante besøg.

Antallet opgøres for hvert år fra 2007 til 2014 fordelt på bopælsregion og hele landet.

Aldersafgrænsning 15+ årige. Alder opgøres på udskrivningstidspunktet for indlæggelseskontakten henholdsvis det enkelte besøg.

7.7 Sygehusaktivitet og udgifter herved

Opgørelser for sygehusaktivitet og udgifter pr. kontakt pr. patient anvender data fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet).

Opgørelsen viser antallet af **unikke patienter** med kræft undtaget anden kræft i hud med kontakt til sygehus, antallet af kontakter samt det gennemsnitlige antal kontakter pr. patient. Opgørelsen er udarbejdet opdelt på kontaktttype, kræftform samt bopælsregion i separate tabeller. Ligeledes opgøres antallet af sengedage under indlæggelse, det gennemsnitlige antal dage pr. indlæggelse og gennemsnitlige udgifter pr. indlæggelse samt ambulante besøg pr. patient med kræft. Kontaktttype vil være indlæggelse og ambulante besøg med angivelse af antallet af unikke patienter, der indgår i beregningen.

Opgørelsen af **indlæggelser** er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), hvor al aktivitet på offentlige sygehuse samt aktivitet på private sygehuse, som er offentlig finansieret, er inkluderet.

Ved en indlæggelse forstås en tidsmæssigt sammenhængende indlæggelse på et sengeafsnit på samme sygehus. Overflytninger mellem sygehusafdelinger på samme sygehus regnes således som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato. På somatiske sygehuse opgøres antallet af sygehusudskrivinger, og opgørelsesåret bestemmes ud fra udskrivningstidspunktet.

Indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling med angivelse af det gennemsnitlige antal sengedage pr. patient.

Desuden beregnes antallet af sengedage og det gennemsnitlige antal dage pr. indlæggelse pr. år. I denne beregning indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentlig betalt behandling på private sygehuse.

Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Der vil som et minimum være en sengeplads pr. indlæggelse.

Akutte indlæggelser defineres som alle indlæggelser, hvor indlæggelsesmåden er akut.

Ambulant besøg er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet), hvor alt aktivitet på offentlige sygehuse samt aktivitet på private sygehuse som er offentlig finansieret er inkluderet. Kontakter med relevante kræftdiagnose medtages, hvis diagnose er registreret som den væsentligste årsag til kontakten (aktionsdiagnose).

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget teled medicinsk ydelse. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. En patient kan godt have besøg på mere end én afdeling samme dag, hvorved der reelt kan indgå flere besøg pr. dag. Der indgår tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Sygehusudgifterne er baseret på Landspatientsregisteret (DRG-grupperet).

Regionale sundhedsudgifter omfatter udgifter til sygehusbehandling (somatisk). Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand ikke er tale om regionale udgifter. DRG-produktionsværdien er opgjort ved hjælp af taksterne i DRG-systemet, som omfatter gennemsnitsudgifter for forskellige behandlinger. Disse er baseret på regnskabs- og aktivitetsoplysninger på danske sygehuse, og anvendes i en lang række sammenhænge til bl.a. afregning af sygehusbehandlinger.

Desuden opgøres gns. udgifter (1.000 kr.) pr. indlæggelse, ambulante besøg og kontakt pr. patient med anvendelse af DRG-grupperet data med tilskrivning af data for DRG-værdien (DRG-takst). Gennemsnitlige udgifter er angivet pr. 1.000 kr.

Opgørelsen anvender DRG-grupperet dataversion for årsopgørelse 10. marts efterfølgende år pr. takstår med tilskrivning af data for DRG-værdien (takst). Dette indebærer anvendelse af løbende udgifter over perioden, hvilket vil sige, at de gns. udgifter for 2014 er opgjort med anvendelse af Landspatientregisteret (DRG-grupperet) version 10. marts 2015.

Opgørelsen omfatter:

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2014 pr. 10. marts 2015.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2013 pr. 10. marts 2014.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2012 pr. 10. marts 2013.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2011 pr. 10. marts 2012.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2010 pr. 10. marts 2011.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2009 pr. 10. marts 2010.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2008 pr. 10. marts 2009.

Landspatientregistret (DRG-grupperet), takst 2007 pr. 10. marts 2008.

Ligeledes opgøres gns. udgifter for sygehusbehandling for alle forløb i sygehus uanset kontaktårsag, som sammenligningsgrundlag.

Ved opgørelse af DRG-værdien anvendes det aktuelle års takstsystem og årets priser. Derfor skal man være varsom med at sammenligne værdierne over årene. Ligeledes er det ikke muligt præcist at opgøre den procentvise stigning af udgifter fra år til år.

BILAG 1 Diagnosekoder – Cancerregisteret

Nedenstående DC-koder definerer relevante diagnosekoder for de enkelte kræftområder, der anvendes i relevante opgørelser med anvendelse af data fra Cancerregisteret. Desuden angives relaterede pakkeforløbsnumre samt områder, der medtages henholdsvis ikke medtages i forhold til populationsafgrænsningen for pakkeforløb for kræftområdet, angivet i parentes.

Pakkeforløbsnummer	Population	SKS-koder jf. Cancerregisteret
1	Brystkræft	DC50
2	Hoved – og halskræft (undtaget relaterede metastaser) (for prævalens undtaget kræft i læbe DC00)	DC00-DC14, DC30-DC32, DC73
3-6	Leukæmi	DC81-86, DC90, DC91-DC96
3-4	Lymfatisk væv: Hodgkin malignt lymfom, Non-Hodgkin malignt lymfom, ondartet myeloproliferativ sygdom IFT koder for pakkeforløb undtaget 'DC911 Kronisk lymfatisk leukæmi af B-celle type'	DC81- DC86, DC88, DC90
5-6	Bloddannende væv: Lymfatisk leukæmi, Myeloid leukæmi, monocutleukæmi og anden leukæmi	DC91-DC95 Hvor relevant desuden inklusiv 'anden og ikke specificeret kræft i lymfatisk og bloddannende væv DC96'
7	Kræft i bugspytkirtel	DC25
9	Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken I forhold til koder for pakkeforløb medtaget hele gruppen 'DC26 kræft i andre og dårligt specificerede fordøjelsesorganer' der ligeledes medtager 'kræft i milten DC261'	DC15-DC16, DC26
10	Primær leverkræft	DC22
12	Kræft i tyk- og endetarm	DC18, DC19, DC20
13-15+32	Kræft i urinveje*	DC64-DC67, DD090, DD301-303, DD411-412, DD414
14	Kræft i urinblæren	DC67, DD090, DD303, DD414
15	Kræft i nyre	DC64,
32	Kræft i urinleder og nyrebækken	DC65, DC66, DD301-302, DD411-412
16	Kræft i prostata	DC61
18	Kræft i testikel	DC62
20	Livmoderkræft	DC54, DC55
21	Kræft i æggestok (medtager kræft i æggeleder og nærliggende bindevæv)	DC56, DC570-DC574
22	Livmoderhalskræft	DC53
23	Kræft i hjernen ((medtager relaterede godartede tumorer samt kræft i endokrine kirtler DC751-753. Medtager ikke DC700 og DC709 kræft i hjernehinden og kræft i centralnervesystemet DC722-725 samt DC728-729).	DC71, DC751-753, DD330-332, DD352-354, DD430-432, DD443-445
25	Modermærkekræft	DC43
26	Lungekræft (medtager bronkier og luftrør)	DC33 - DC34
31	Analkræft (kræft i endetarmsåbning og analkanalen)	DC21
	Alle kræftformer undtaget anden hudkræft samt relaterede godartede tumorer	DC00-DC43, DC45-DC96 inkl relevante DD

Note: Alle populationer svarer til afgrænsning defineret i Cancerregisteret, hvor underliggende koder medtages i opgørelserne.

Pakkeforløbsnummer	Population	SKS-koder jf. Cancerregisteret
--------------------	------------	--------------------------------

*For prævalens for kræft i urinveje medtages ikke uspecifikke diagnose i 'anden eller dårligt specificeret lokalisation i urinveje'.

BILAG 2 Diagnosekoder – Dødsårsagsregisteret

Nedenstående DC-koder definerer relevante diagnosekoder anvendt ved opgørelser fra Dødsårsagsregisteret. Desuden angives relaterede pakkeforløbsnumre. De med grå skrift er blot angivelse af underliggende kræftområder og skal ikke anvendes som selvstændig population.

Pakkeforløbsnummer	Population	SKS-koder jf. Dødsårsagsregisteret
1	Brystkræft	DC50
2	Hoved – og halskræft	DC01-DC14, DC30 - DC32, DC73
3-6	Leukæmi	DC81-DC96
7	Kræft i bugspytkirtel	DC25
9	Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	DC15- DC16
10	Primær leverkræft	DC22
12	Kræft i tyk- og endetarm	DC18, DC19, DC20
13-15+32	Kræft i urinveje	DC64-DC68
16	Kræft i prostata	DC61
18	Kræft i testikel	DC62
20	Livmoderkræft	DC54, DC55
21	Kræft i æggestok og nærliggende strukturer	DC56, DC570-DC574
22	Livmoderhalskræft	DC53
23	Kræft i hjernen, hjernebinder og andre dele af centralnervesystemet	DC70-DC72
25	Modermærkekræft	DC43
26	Lungekræft	DC33 - DC34
31	Analkræft (kræft i endetarmsåbning og analkanalen)	DC21
	Alle kræftformer, undtaget anden kræft i hud	DC00-DC43, DC45-DC96

Note: Alle populationer svarer til afgrænsning defineret i Dødsårsagsregisteret, hvor underliggende koder medtages i opgørelserne.

BILAG 3 Diagnosekoder – afgrænsning svarende til pakkeforløb for kræftområdet

Nedenstående DC-koder definerer relevante diagnosekoder for de enkelte pakkeforløb for kræftområder, der anvendes i relevante opgørelser. Desuden angives relaterede pakkeforløbsnumre. De med grå skrift er blot angivelse af underliggende kræftområder og skal ikke anvendes som selvstændig population.

Pakkeforløbsnummer	Population	SKS-koder for pakkeforløb
1	Brystkræft	DC50
2	Hoved – og halskræft	DC01-DC14, DC30 - DC32, DC73, DC770, DC778, DC779,
3-6	Leukæmi	DC81-DC86, DC880, DC882 - DC884, DC90-DC95
3	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)	DC81- DC86, DC880, DC882 - DC884, DC911
4	Myelomatose	DC90
5	Akut leukæmi	DC910, DC913 - DC919, DC920, DC923 – DC929, DC93 - DC95
6	Kronisk myeloid sygdom	DC921, DC922
7	Kræft i bugspytkirtel	DC25
9	Kræft i spiserøret, mavemunden og mavesækken	DC15- DC16, DC260, DC268, DC269
10	Primær leverkræft	DC22
12	Kræft i tyk- og endetarm	DC18, DC19, DC20
13-15+32	Kræft i urinveje	DC64-DC67
14	Kræft i urinblæren	DC67
15	Kræft i nyre	DC64
32	Kræft i urinleder og nyrebækken	DC65, DC66
16	Kræft i prostata	DC61
18	Kræft i testikel	DC62
20	Livmoderkræft	DC54, DC55
21	Kræft i æggestok	DC56
22	Livmoderhalskræft	DC53
23	Kræft i hjernen (medtager hypofyse, koglekirtel og ductus craniopharyngealis)	DC700, DC709, DC71, DC722, DC725, DC728-DC729
25	Modermærkekræft	DC43
26	Lungekræft	DC33 - DC34
31	Analkræft (kræft i endetarmsåbning og analkanalen)	DC21
	Alle kræftformer, undtaget anden kræft i hud	DC00-DC43, DC45-DC96

Note: Alle populationer svarer til afgrænsning defineret for pakkeforløb for kræftområdet samt for alle kræftformer undtaget anden kræft i hud, hvor underliggende koder medtages i opgørelserne.

BILAG 4 Supplerende opgørelser vedr. operationer, strålebehandlinger og kemoterapi

Tabel 4.1 Antal operationer under indlæggelse og i ambulant regi for patienter med kræft* med angivelse af antal unikke patienter, 15+ årige, fordelt på bopælsregion og hele landet. 2007 – 2014.

Region	Antal operationer	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nordjylland	I ambulant regi	988	721	791	908	1.006	959	1.613	1.779
	Under indlæggelse	4.932	5.429	5.764	5.025	5.311	5.103	4.815	5.046
	Operationer i alt	5.920	6.150	6.555	5.933	6.317	6.062	6.428	6.825
	Antal unikke patienter i alt	2.560	2.856	3.068	2.778	2.823	2.774	2.873	2.934
Midtjylland	I ambulant regi	1.702	2.242	2.895	2.951	2.486	3.351	3.678	4.088
	Under indlæggelse	9.541	10.326	11.167	10.757	10.368	9.529	9.574	9.947
	Operationer i alt	11.243	12.568	14.062	13.708	12.854	12.880	13.252	14.035
	Antal unikke patienter i alt	4.929	5.306	5.810	5.547	5.547	5.481	5.741	6.056
Syddanmark	I ambulant regi	1.552	1.632	2.329	2.489	2.388	2.546	2.834	3.024
	Under indlæggelse	8.917	9.383	10.673	10.709	10.866	10.911	11.019	11.829
	Operationer i alt	10.469	11.015	13.002	13.198	13.254	13.457	13.853	14.853
	Antal unikke patienter i alt	4.851	5.051	5.625	5.670	5.698	5.721	5.958	6.309
Hovedstaden	I ambulant regi	4.694	4.524	6.674	6.766	7.156	7.029	6.994	6.871
	Under indlæggelse	13.746	13.511	15.068	15.465	14.827	15.488	15.003	16.532
	Operationer i alt	18.440	18.035	21.742	22.231	21.983	22.517	21.997	23.403
	Antal unikke patienter i alt	7.502	7.438	8.155	8.078	7.870	8.202	7.980	8.563
Sjælland	I ambulant regi	759	1.390	1.879	2.119	1.777	1.355	1.620	2.054
	Under indlæggelse	6.864	6.658	7.760	7.779	7.780	7.745	7.739	8.216
	Operationer i alt	7.623	8.048	9.639	9.898	9.557	9.100	9.359	10.270
	Antal unikke patienter i alt	3.622	3.822	4.240	4.158	4.298	4.014	3.935	4.247
Hele landet	I ambulant regi	9.695	10.509	14.568	15.233	14.813	15.240	16.739	17.816
	Under indlæggelse	44.000	45.307	50.432	49.735	49.152	48.776	48.150	51.570
	Operationer i alt	53.695	55.816	65.000	64.968	63.965	64.016	64.889	69.386
	Antal unikke patienter i alt	23.459	24.469	26.887	26.225	26.230	26.190	26.479	28.095

Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antallet af operationer opgøres som antallet af samtlige registrerede relevante 'egentlige' operationer. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Alder opgøres på udskrivningstidspunktet henholdsvis det enkelte besøg.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Tabel 4.2 Antal strålebehandlinger under indlæggelse og i ambulant regi for patienter med kræft* med angivelse af antal unikke patienter, 15+ årige, fordelt på bopælsregion og hele landet. 2007 – 2014.

Region	Antal operationer	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nordjylland	I ambulant regi	15.991	20.923	27.096	23.409	24.449	21.421	22.440	21.387
	Under indlæggelse	1.862	1.805	1.155	1.241	1.252	1.577	1.442	1.316
	Operationer i alt	17.853	22.728	28.251	24.650	25.701	22.998	23.882	22.703
	Antal unikke patienter i alt	1.131	1.354	1.568	1.505	1.520	1.381	1.459	1.402
Midtjylland	I ambulant regi	33.149	37.448	48.589	46.338	47.667	47.150	47.213	49.982
	Under indlæggelse	4.795	5.500	5.111	4.324	4.034	4.262	5.810	5.013
	Operationer i alt	37.944	42.948	53.700	50.662	51.701	51.412	53.023	54.995
	Antal unikke patienter i alt	2.697	2.844	3.386	3.263	3.437	3.532	3.486	3.765
Syddanmark	I ambulant regi	33.840	40.281	50.738	52.729	57.890	51.507	53.852	51.247
	Under indlæggelse	2.650	3.172	3.160	3.191	3.816	4.227	3.773	3.984
	Operationer i alt	36.490	43.453	53.898	55.920	61.706	55.734	57.625	55.231
	Antal unikke patienter i alt	2.293	2.617	2.935	3.055	3.194	3.175	3.330	3.421
Hovedstaden	I ambulant regi	57.206	60.583	65.698	70.466	66.946	72.089	68.717	68.406
	Under indlæggelse	3.389	4.245	4.469	4.722	3.702	4.120	5.215	4.736
	Operationer i alt	60.595	64.828	70.167	75.188	70.648	76.209	73.932	73.142
	Antal unikke patienter i alt	3.655	3.961	4.283	4.554	4.239	4.357	4.364	4.592
Sjælland	I ambulant regi	27.228	30.625	37.464	39.101	38.696	37.560	39.698	39.931
	Under indlæggelse	5.505	4.740	5.228	4.270	3.395	4.473	3.810	2.875
	Operationer i alt	32.733	35.365	42.692	43.371	42.091	42.033	43.508	42.806
	Antal unikke patienter i alt	1.771	1.969	2.292	2.311	2.376	2.312	2.414	2.515
Hele landet	I ambulant regi	167.414	189.860	229.585	232.043	235.648	229.727	231.920	230.953
	Under indlæggelse	18.201	19.462	19.123	17.748	16.199	18.659	20.050	17.924
	Operationer i alt	185.615	209.322	248.708	249.791	251.847	248.386	251.970	248.877
	Antal unikke patienter i alt	11.544	12.741	14.462	14.683	14.760	14.753	15.051	15.689

Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antallet af strålebehandlinger opgøres som antallet af samtlige registrerede strålebehandlinger, defineret som BWGC, BWGE, BWGG, BWGJ, BNGC1, BNGD, BWHD, WT. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Alder opgøres på udskrivningstidspunktet henholdsvis det enkelte besøg.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktionsdiagnose.

Table 4.3 Antal unikke patienter med kræft*, der modtager kemoterapi under indlæggelse og i ambulant regi, 15+ årige, fordelt på bopælsregion og hele landet. 2007 – 2014.

Region	Antal operationer	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nordjylland	I ambulant regi	1.739	2.348	2.681	2.909	3.068	3.945	4.304	4.597
	Under indlæggelse	835	842	903	879	957	494	501	398
	Antal unikke patienter i alt	2.213	2.786	3.194	3.411	3.615	4.141	4.539	4.771
Midtjylland	I ambulant regi	5.820	6.361	7.211	8.170	8.867	9.801	10.208	10.546
	Under indlæggelse	1.216	1.451	1.497	1.453	1.454	1.433	1.379	1.650
	Antal unikke patienter i alt	6.225	6.905	7.898	8.874	9.577	10.404	10.825	11.464
Syddanmark	I ambulant regi	6.665	7.220	8.288	9.243	9.853	10.638	11.508	11.919
	Under indlæggelse	1.229	1.204	1.191	1.271	1.244	1.112	919	922
	Antal unikke patienter i alt	7.100	7.627	8.597	9.613	10.245	10.959	11.764	12.171
Hovedstaden	I ambulant regi	10.103	11.302	12.252	13.132	13.781	14.306	15.083	15.936
	Under indlæggelse	1.385	1.389	1.331	1.479	1.212	1.401	1.295	1.382
	Antal unikke patienter i alt	10.455	11.660	12.576	13.455	14.048	14.600	15.373	16.277
Sjælland	I ambulant regi	5.034	5.471	6.103	6.937	7.607	8.153	8.650	9.158
	Under indlæggelse	905	839	844	749	704	694	683	559
	Antal unikke patienter i alt	5.329	5.772	6.366	7.150	7.796	8.370	8.822	9.328
Hele landet	I ambulant regi	29.337	32.665	36.499	40.361	43.135	46.800	49.714	52.119
	Under indlæggelse	5.563	5.721	5.759	5.828	5.566	5.128	4.775	4.906
	Antal unikke patienter i alt	31.290	34.707	38.585	42.460	45.232	48.419	51.279	53.963

Kilde: Landspatientregisteret 10. februar 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Anmærkning: Antallet af antal patienter, der modtager kemoterapi, defineres som modtager af BOHJ, BWHA, BWHB, BWHC, BOHE, BJCZ01, BJHE11, BJHE12. Opgørelsen medtager alle kræftformer undtagen anden kræft i hud.

Alder opgøres på udskrivningstidspunktet henholdsvis det enkelte besøg.

*Kræft er væsentligste årsag til kontakt registreret som aktions-diagnose.