

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

bør evaluere effekten i et multimodalt behandlingsprogram og for henholdsvis åben og laparoskopisk kirurgi. Studierne bør være større end de hidtil udførte (og derved formentlig studier, der omfatter flere centre), randomiserede, med faste in- og eksklusionskriterier, følge *fast track*-konceptet, være blindede for registreringspersonalet og have relevante *endpoints* som f.eks. tid til afføring, patienttilfredshed og indlæggelsestid.

Konklusion

De foreliggende data viser, at brug af tyggegummi som enkeltfaktor, dvs. uden et multimodalt behandlingsprogram, i sig selv kan reducere POI. Det er en billig og let anvendelig behandling, som kan være et bivirkningsfrit tillæg til de øvrige behandlingsprincipper, som anvendes i dag. Effekten i accelererede patientforløb er ukendt og bør undersøges nærmere.

Korrespondance: Sara Danshøj Kristensen, Frihedsvej 5, DK-2000 Frederiksberg.
E-mail: hugo-dk@hotmail.com

Antaget: 24. marts 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kehlet H, Holte K. Review of postoperative ileus. *Am J Surg* 2001; 182:5A suppl:3-10.
2. Mattei P, Rombeau JL. Review of the pathophysiology and management of postoperative ileus. *World J Surg* 2006;30:1382-91.
3. Kehlet H, Wilmore DW. Fast track surgery. *ACS Surgery: principles and practice*. www.acssurgery.com/acs/pdf/ACS0006.pdf /marts 2007.
4. Matros E, Rocha F, Zinner M et al. Does gum chewing ameliorate postoperative ileus? Results of a prospective randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Surg* 2006;202:773-6.
5. Asao T, Kuwano H, Nakamura J et al. Gum chewing enhances early recovering from postoperative ileus after laparoscopic colectomy. *J Am Coll Surg* 2002; 195:30-2.
6. Quah HM, Samad A, Neathey AJ et al. Does gum chewing reduce postoperative ileus following open colectomy for left-sided colon and rectal cancer? – a prospective randomized controlled trial. *Colorectal disease* 2006;8:64-70.
7. Schuster R, Grewal N, Greaney GC et al. Gum chewing reduces ileus after elective open sigmoid colectomy. *Arch Surg* 2006;141:174-6.
8. Asao T. Author reply. *J Am Coll Surg* 2002;195:901-2.

Kræftoverlevelse før og efter den danske kræftplan

Overlæge Hans Henrik Storm, statistiker Mette Gislum & seniorstatistiker Gerda Engholm

Kræftens Bekæmpelse, Forebyggelse & Dokumentation

Resume

Introduktion: Er der en effekt på kræftoverlevelsen, efter at kræftplan 1 blev initieret i 2000?

Materiale og metoder: Kræfttilfælde i Cancerregisteret 1995-2003 er udtrukket, opdelt i treårskohorter (1995-1997, 1998-2000 og 2001-2003) og fulgt til død eller den 31. december 2006. Aldersstandardiseret etårs og treårs relativ overlevelse er beregnet.

Resultater: Etårsoverlevelsen for mænd steg fra 59% til 65% og for kvinder fra 67% til 70%, og treårsoverlevelsen steg fra 44% til 51% for mænd og fra 55% til 59% for kvinder. Bedringen i treårsoverlevelsen for kvinder skete efter iværksættelse af kræftplanen, mens bedringen for mænd skete i hele perioden. Treårsoverlevelsen er bedret for tyktarms-, endetarms- og lungekræft for begge køn. For mænd også for blære- og prostatakraft samt non-Hodgkins lymfom og for kvinder for spiserørs-, bryst- og æggestokkræft samt leukæmi. Overlevelsen efter mundhule- og svælgkræft for kvinder faldt.

Diskussion: Udviklingen med forbedret overlevelse er fastholdt. En kræftplan kan påvirke overlevelsen under udarbejdelsen ved tidlig implementering af anbefalinger. Kirurgiske forbedringer ses tidligt, hvorfor treårsoverlevelsen er relevant. Bedre overlevelse efter kræft i tarm, lunge, blære, æggestok og spiserør kan skyldes kræftplanarbejdet. For brystkræft er screening og Danish Breast Cancer Cooperative Groups aktivitet medvirkende, for prostata-

kræft er der set en stigende incidens pga. øget brug af test for prostataspecifikt antigen. Længere opfølgning og et opdateret Cancerregister er nødvendig for at vurdere kræftplanernes fulde betydning.

Den dårlige overlevelse i Danmark efter en kræftdiagnose set i forhold til overlevelsen i andre vesteuropæiske lande [1-4] og de øvrige nordiske lande [5] var en væsentlig årsag til initieringen af den danske kræftplan i 2000 [6]. Overlevelsen efter kræft er forbedret betydeligt over tid i Danmark [7] om end de nordiske [5, 8] og internationale sammenligninger [1-4] viser, at Danmark siden 1970'erne har haft ringere overlevelse end de øvrige nordiske lande. Da baggrunden for kræftplanen var den befolkningsbaserede overlevelse opgjort på grundlag af Cancerregisterets data, er det vigtigt fortsat at vurdere kræftoverlevelsen, for at se om kræftplanen i 2000 og arbejdet hermed i perioden op til offentliggørelsen har haft betydning for kræftoverlevelsen i Danmark. Sundhedsstyrelsen har netop offentliggjort den endelige kræftstatistik til og med 2003, og da alene dødsdatoen bruges som endepunkt ved beregningen af relativ overlevelse, er det muligt at følge de enkelte kræftpatienter mht. død frem til og med 2006 ved at få oplyst vitalstatus ved udgangen af 2006 og evt. dødsdato fra Det Centrale Personregister (CPR). Tidligere undersøgelser viste, at den væsentligste forskel mellem lande i overlevelsen for flere kræftformer [9] udspillede sig inden for det første år efter diagnosen. På baggrund heraf besluttede vi, selv om observationsperioden efter etablering af kræftplanen er kort, at

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Antal incidente tilfælde for perioderne 1995-1997, 1998-2000 og 2001-2003 fordelt på kræftsygdom for hhv. mænd og kvinder.

Kræftsygdom	Mænd			Kvinder		
	1995-1997	1998-2000	2001-2003	1995-1997	1998-2000	2001-2003
Mundkræft	328	359	363	218	214	230
Svælgkræft	400	464	588	141	194	190
Spiserørskræft	718	729	866	285	288	318
Mavekræft	975	923	953	605	554	548
Tyktarmskræft	2.640	2.956	3.248	3.224	3.345	3.451
Endetarmskræft	2.172	2.250	2.360	1.810	1.845	1.835
Bugspytkirtelkræft	880	999	1.057	954	1.096	1.180
Strubekræft	645	603	560	138	135	130
Lungekræft	5.783	5.946	6.096	3.934	4.423	4.835
Brystkræft	59	71	89	10.019	10.844	11.672
Livmoderhalskræft				1.388	1.236	1.178
Livmoderkræft				1.775	1.796	1.911
Æggestokkræft				1.733	1.841	1.753
Prostatakræft	4.469	5.573	6.661			
Testikelkræft	870	847	776			
Nyrekkræft	774	867	895	529	644	553
Blærekræft	3.817	4.013	3.883	1.342	1.430	1.482
Modermærkekræft	1.239	1.359	1.487	1.557	1.649	1.844
Anden hudkræft	7.774	8.140	9.279	7.924	8.564	9.719
Hjernekræft	1.220	1.301	1.230	1.273	1.556	1.479
Non-Hodgkins sygdom	1.165	1.160	1.234	1.020	1.072	1.077
Hodgkins sygdom	207	210	227	143	142	168
Myelomatose	429	415	481	355	396	353
Leukæmi	1.111	1.255	1.222	873	961	966
Alle ^a	33.445	35.230	36.487	37.026	38.829	39.631

a) Alle angiver den første kræftsygdom hos en patient, eksklusiv anden hudkræft (ikke modermærkekræft).

gennemføre en analyse med tre års opfølgning for tre treårsperioder, der er relateret til tiden før, under og efter arbejdet med den første kræftplan.

Materiale og metoder

Alle kræfttilfælde i Cancerregisteret 1995-2003 blev udtrukket fra NORDCAN-databasen [10], hvor kræfttilfældene er klassificeret i henhold til en international sammenlignelig standard. Vitalstatus pr. 31. december 2006 og evt. dødsdato blev påført de enkelte kræfttilfælde ved kobling til CPR. Kræfttilfælde, hvor diagnosen alene var baseret på dødsattesten eller obduktion (uventet fund ved autopsi), blev ekskluderet, ligesom tilfælde, hvor personen var blevet åbenlyst fejlregistreret, som f.eks. med dødsdato før diagnosedato. Personer med uoplyst diagnosemåned fik juli måned i diagnoseåret alloketeret, dog fik patienter, der døde samme år som diagnoseåret, alloketeret dødsdatoen divideret med to. Data blev opdelt i tre treårskohorter (diagnosticeret 1995-1997, 1998-2000 eller 2001-2003), og alle blev fulgt til død eller til den 31. december 2006. I gruppen »alle kræftformer samlet« blev patienterne fulgt fra første kræftdiagnose bortset fra diagnosen anden hudkræft (ikke modermærkekræft).

Aldersstandardiseret etårs og treårs relativ overlevelse blev beregnet med anvendelse af kohortemetoden [11] for hver enkelt kræftform og alle kræftformer samlet for hhv. mænd og kvinder. Relativ overlevelse er defineret ved forholdet mellem den observerede overlevelse for kræftpatienterne og den forventede overlevelse for danskere med samme alder og

køn. Da det er død, der er genstand for analyse, er det ikke nødvendigt at kende dødsårsagen, så man behøver ikke at afvente offentliggørelse af de danske dødsårsager for perioden. Som aldersstandardisering valgte vi en tillempet (mere detaljeret) udgave af den aldersstruktur, der bliver brugt i Eurocare [12], og inddelte kræftformerne i tre grupper med hver sin aldersstandard: 1) kræftsygdomme, hvor incidensen stiger med alderen, hvilket er størstedelen af alle kræftsygdomme, 2) kræftsygdomme, hvor incidensen er nogenlunde stabil over alder, og 3) kræftsygdomme, hvor incidensen er størst for børn/unge. I de aldersstandardiserede beregninger vægtes de 90+-årige med vægt 0, så denne aldersgruppe ikke får betydning for overlevelsen. Kategorien »alle kræftformer« er i denne analyse defineret som det første kræfttilfælde, der opstår i perioden 1995-2003 for de patienter, der måtte have mere end en kræftform, mens det er de enkelte tumorer, der indgår i de kræftspecifikke analyser.

I tillæg til den relative overlevelse beregnede vi de ekstra dødsfald, der opstod på grund af kræftsygdom, hvilket er forskellen mellem dødeligheden for kræftpatienter og dødeligheden for danskere med samme alder og køn.

Resultater

I alt 105.162 kræfttilfælde blandt mænd og 115.486 kræfttilfælde blandt kvinder indgik i undersøgelsen, og fordeling på de tre perioder 1995-1997, 1998-2000 og 2001-2003 og de enkelte kræftformer kan ses i **Tabel 1**. I **Tabel 2** og **Tabel 3** ses etårs og treårs relativ overlevelse i de tre perioder for hhv.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Et- og treårs relativ overlevelse (RS) i % med 95% sikkerhedsintervaller (95% SI) for perioderne 1995-1997, 1998-2000 og 2001-2003 for mænd.

Mænd	Etårs relativ overlevelse						Treårs relativ overlevelse					
	1995-1997		1998-2000		2001-2003		1995-1997		1998-2000		2001-2003	
	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI
Kræftsygdom												
Mundkræft	71	(65-78)	73	(67-79)	70	(64-76)	45	(39-53)	55	(47-63)	47	(40-54)
Svælgkræft	60	(54-67)	62	(56-69)	60	(54-65)	37	(31-44)	38	(32-45)	40	(35-47)
Spiserørskræft	26	(23-30)	24	(21-28)	29	(26-32)	8	(6-11)	6	(5-9)	11	(9-14)
Mavekræft	36	(33-39)	38	(35-42)	36	(33-39)	17	(15-20)	17	(15-20)	17	(14-19)
Tyktarmskræft	67	(65-69)	70	(68-72)	70	(69-72)	51	(49-53)	55	(52-57)	56	(54-59)
Endetarmskræft	72	(70-74)	76	(74-78)	79	(77-81)	54	(51-56)	57	(55-60)	64	(61-66)
Bugspytkirtelkræft	11	(9-14)	13	(11-16)	16	(13-18)	3	(2-5)	3	(2-5)	5	(3-6)
Strubekræft	81	(78-85)	82	(79-86)	86	(82-89)	65	(60-70)	68	(63-73)	69	(64-75)
Lungekræft	23	(22-24)	27	(26-28)	29	(28-30)	8	(7-9)	11	(10-12)	12	(11-13)
Brystkræft	95	(88-103)	97	(92-103)	101	(98-105)	93	(81-105)	87	(77-98)	93	(84-103)
Prostatakræft	80	(78-83)	88	(85-90)	86	(84-89)	56	(53-59)	64	(61-67)	71	(68-74)
Testikelkræft	93	(89-97)	94	(92-97)	94	(90-98)	91	(87-96)	93	(91-96)	93	(89-98)
Nyrekræft	60	(57-64)	63	(59-66)	62	(58-65)	46	(42-51)	45	(42-49)	47	(44-51)
Blærekræft	85	(83-86)	85	(84-86)	87	(85-88)	74	(72-75)	75	(73-76)	78	(76-79)
Modermærkekræft	94	(93-96)	93	(92-95)	95	(93-96)	86	(84-89)	86	(83-88)	87	(85-89)
Anden hudkræft	100	(100-101)	100	(100-101)	100	(100-100)	100	(99-101)	100	(99-101)	100	(100-101)
Hjernekræft	58	(55-60)	62	(59-64)	62	(59-64)	47	(44-50)	49	(47-52)	49	(46-51)
Non-Hodgkins sygdom	66	(63-69)	68	(66-71)	72	(70-75)	51	(48-54)	56	(53-60)	63	(60-66)
Hodgkins sygdom	88	(83-92)	87	(82-92)	91	(87-94)	81	(76-86)	82	(77-88)	84	(80-89)
Myelomatose	66	(62-71)	65	(61-70)	70	(66-75)	37	(32-43)	43	(38-48)	46	(41-51)
Leukæmi	66	(63-69)	69	(67-72)	69	(66-72)	52	(48-55)	55	(52-58)	56	(53-59)
Alle ^a	59	(58-60)	63	(62-63)	65	(64-65)	44	(43-45)	48	(47-48)	51	(51-52)

a) Alle angiver den første kræftsygdom hos en patient, eksklusivt anden hudkræft (ikke modermærkekræft).

Tabel 3. Et- og treårs relativ overlevelse (RS) i procent med 95% sikkerhedsintervaller (95% SI) for perioderne 1995-1997, 1998-2000 og 2001-2003 for kvinder.

Kvinder	Etårs relativ overlevelse						Treårs relativ overlevelse					
	1995-1997		1998-2000		2001-2003		1995-1997		1998-2000		2001-2003	
	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI	RS	95% SI
Kræftsygdom												
Mundkræft	76	(71-82)	75	(69-81)	76	(70-82)	58	(51-66)	60	(53-68)	55	(48-63)
Svælgkræft	66	(58-75)	75	(67-82)	70	(62-80)	45	(37-55)	51	(42-62)	39	(31-48)
Spiserørskræft	26	(21-32)	32	(26-38)	32	(27-38)	8	(5-13)	8	(5-12)	15	(11-20)
Mavekræft	35	(31-40)	33	(28-37)	33	(29-38)	18	(15-22)	18	(15-23)	18	(14-21)
Tyktarmskræft	71	(69-72)	72	(70-73)	73	(72-75)	54	(52-56)	55	(53-57)	61	(59-63)
Endetarmskræft	76	(74-78)	78	(76-80)	78	(76-80)	59	(56-62)	58	(56-61)	62	(60-65)
Bugspytkirtelkræft	14	(11-17)	14	(12-17)	17	(14-19)	3	(2-5)	4	(3-6)	6	(5-8)
Strubekræft	72	(64-80)	68	(60-77)	81	(75-89)	56	(48-67)	58	(50-69)	59	(50-70)
Lungekræft	25	(23-26)	31	(30-32)	32	(31-34)	9	(8-10)	12	(11-13)	13	(12-14)
Brystkræft	93	(92-93)	93	(93-94)	94	(94-95)	84	(83-85)	85	(84-86)	88	(87-89)
Livmoderhalskræft	85	(83-87)	83	(81-86)	83	(81-86)	69	(67-72)	70	(67-73)	69	(66-72)
Livmoderkræft	90	(88-91)	91	(90-93)	90	(88-92)	82	(79-84)	84	(82-87)	82	(80-84)
Æggestokkræft	62	(59-64)	64	(62-67)	69	(67-71)	38	(36-41)	39	(37-41)	44	(42-47)
Nyrekræft	58	(54-62)	59	(55-63)	60	(56-65)	46	(42-51)	46	(42-50)	48	(44-52)
Blærekræft	78	(76-80)	76	(74-79)	77	(75-79)	68	(65-70)	65	(62-67)	68	(65-71)
Modermærkekræft	97	(96-98)	98	(97-99)	97	(96-98)	91	(89-93)	93	(91-94)	93	(91-94)
Anden hudkræft	100	(100-101)	100	(100-101)	101	(100-101)	101	(100-102)	101	(100-102)	101	(101-102)
Hjernekræft	69	(66-71)	72	(69-74)	73	(71-75)	62	(59-64)	64	(61-66)	65	(63-68)
Non-Hodgkins sygdom	74	(71-77)	74	(71-77)	75	(72-78)	61	(58-65)	63	(60-66)	65	(62-68)
Hodgkins sygdom	91	(87-96)	91	(87-94)	92	(88-96)	85	(78-92)	86	(81-92)	90	(85-94)
Myelomatose	73	(69-78)	69	(65-74)	71	(66-76)	44	(39-50)	48	(43-53)	50	(45-56)
Leukæmi	66	(63-69)	66	(63-69)	69	(66-72)	53	(49-57)	52	(49-56)	58	(55-61)
Alle ^a	67	(67-68)	69	(68-69)	70	(70-71)	55	(55-56)	56	(56-57)	59	(59-60)

a) Alle angiver den første kræftsygdom hos en patient, eksklusivt anden hudkræft (ikke modermærkekræft).

mænd og kvinder. Den relative etårsoverlevelse for mænd steg fra 59% til 65%, og for kvinder steg den fra 67% til 70% i observationsperioden, og treårsoverlevelsen steg hhv. fra 44% til 51% for mænd og fra 55% til 59% for kvinder. Forbedringen i

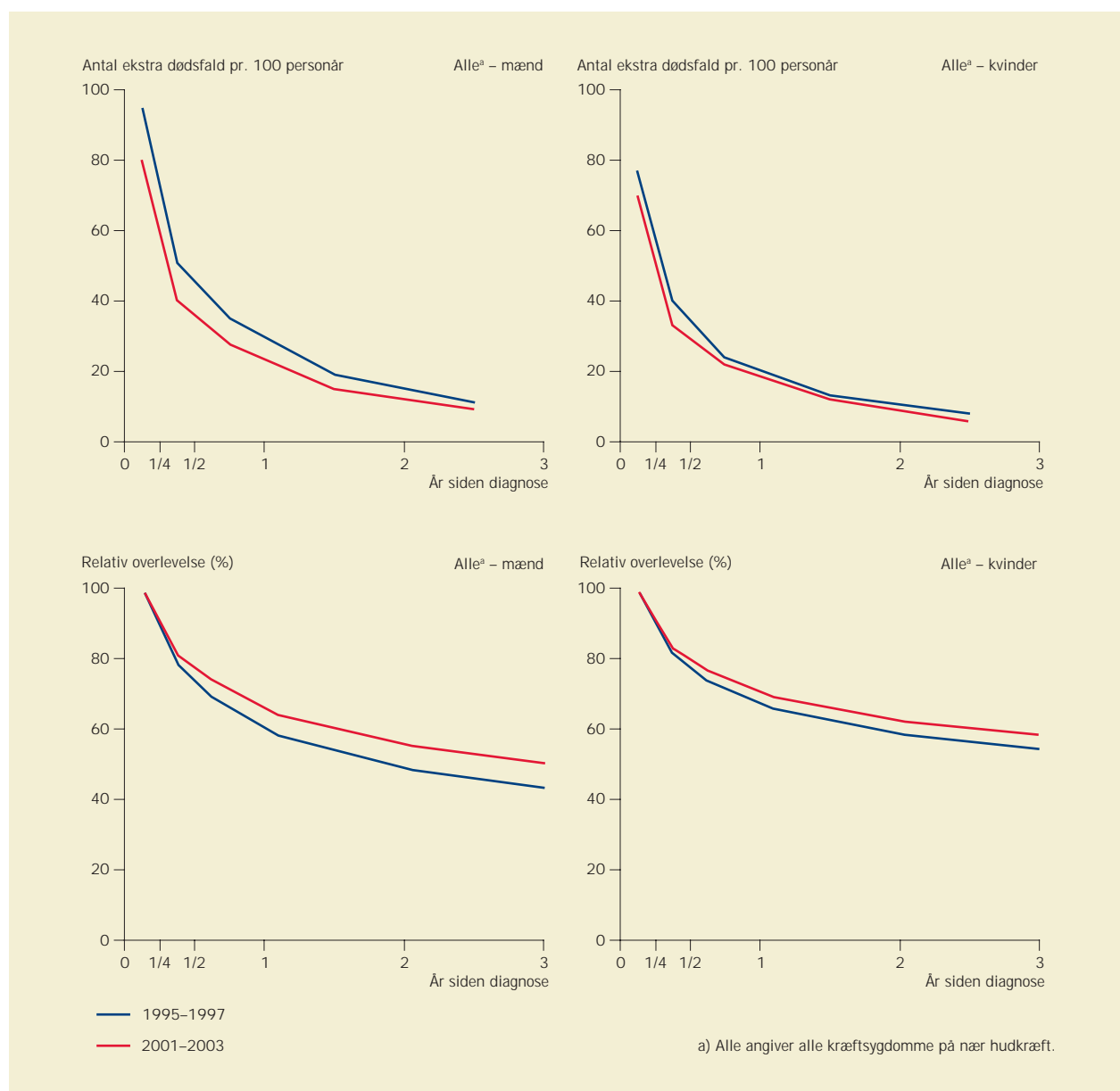
treårsoverlevelsen for kvinder fandt primært sted efter kræftplanens offentliggørelse, mens forbedringen for mænd skete over hele observationsperioden. Dette gjaldt også for den relative etårsoverlevelse for begge køn.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Etårsoverlevelsen steg signifikant for lungekræft for begge køn (mænd fra 23% til 29%, kvinder fra 25% til 32%), og for mænd for kræft i endetarm (fra 72% til 79%), bugspytkirtel (fra 11% til 16%) og prostata (fra 80% til 86%) samt non-Hodgkins lymfom (fra 66% til 72%) og for kvinder for kræft i strube (fra 72% til 81%) og æggestok (fra 62% til 69%). Den relative tre-årsoverlevelse blev forbedret for begge køn for kræft i tyktarm (mænd: fra 51% til 56%, kvinder: fra 54% til 61%), i endetarm (mænd: fra 54% til 64%; kvinder: fra 59% til 62%) og i lunger (mænd: fra 8% til 12%; kvinder: fra 9% til 13%). Blandt mænd var der også en forbedring for blærekræft (fra 74% til 78%) og prostatakræft (fra 56% til 71%) samt non-Hodgkin lymfom (fra 51%

til 63%) og for kvinder for kræft i spiserør (fra 8% til 15%), bryst (fra 84% til 88%) og æggestok (fra 38% til 44%) samt leukæmi (fra 53% til 58%). Overlevelsen efter mundhule- og svælgkræft faldt som de eneste og kun for kvinder. For kræft i mund og svælg for mænd, og for kræft i mave, livmoder, livmoderhals, hud og testikler sås der ikke nogen ændring over tid.

I **Figur 1** ses antal ekstra dødsfald pr. 100 personår for perioden før kræftplanarbejdet begyndte (1995-1997) og perioden efter offentliggørelsen (2001-2003) fordelt på år siden diagnose, og treårs relativ overlevelse for de samme to perioder. Faldet i ekstra kræftdødsfald ligger inden for det første år efter diagnosen, hvilket i grafen for relativ overlevelse især



Figur 1. Ekstra dødsfald pr. 100 personår og relativ overlevelse efter alle kræftsygdomme samlet på nær hudkræft (ikke modermærkekræft) for de to perioder 1995-1997 og 2001-2003.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

kommer til udtryk i større afstand mellem de to kurver efter det første års opfølgning.

Diskussion

Vores analyse viser en klar forbedring i overlevelsen for flere kræfttyper, men ikke dem alle. Man ville forvente en glidende forbedring, da arbejdet med en kræftplan i de specialer, der deltager i kræftdiagnostik og -behandling, løbende vil introducere forbedringer, når man får syntetiseret viden. Derfor så vi på tre kohorter af kræftpatienter: en, der var diagnosticeret før kræftplanarbejdet blev påbegyndt, en, der var diagnosticeret under kræftplanarbejdet, og en, der var diagnosticeret efter kræftplanarbejdet. Samtidig kunne vi forvente en løbende forbedring som i tidligere år, svarende til udviklingen i andre lande. Forbedringen i treårs relativ overlevelse var for seks ud af otte store kræftformer (kræft i tarm, lunge, æggestok, prostata og testikel samt Hodgkins lymfom) over de seks år, vi observerer, større end femårsoverlevelsen i EUROCARE fra 1990-1994 til 1995-1999. For en del af disse kræftformer var udgangspunktet dog lavere end i de øvrige nordiske lande. For brystkræft var der samme forbedring som i EUROCARE [4]. Om forbedringen er en konsekvens af arbejdet med og implementeringen af kræftplanen, kan ikke fastslås med sikkerhed ud fra vores analyse, men tilsyneladende er der sket en hastigere forbedring, end vi har set tidligere. For de fleste af de kræftsygdomme, hvor der er sket en større forbedring, var udgangspunktet en erkendt lavere overlevelse end i de andre lande, som vi sammenligner os med [3, 4]. Yderligere er forbedringerne i al væsentlighed sket for kræftsygdomme, hvor kirurgi spiller en væsentlig rolle i behandlingen, såsom kræft i spiserør, tyktarm, endetarm, lunge, bryst, æggestok og prostata. For lungekræfts vedkommende har Dansk Lungecancer Gruppe i perioden opstillet retningslinjer for diagnose og behandling med det formål, at flere patienter skal have tilbudt og få gennemført en operation på færre afdelinger end tidligere. I andet halvår af 2003 var lungekræftoperationerne således samlet på syv sygehuse, hvoraf man på de fire havde mere end 50 operationer (Sundhedsstyrelsen ventetidsinformation). Inden for den gastrointestinale kirurgi vides det, at der også er sket forbedringer, dels i form af total mesorektal eksision (TME)-kirurgi, dels i form af forudgående og adjuverende stråleterapi. For spiserørskræft og æggestokkræft har der i perioden været påbegyndt en centralisering af den kirurgiske behandling ligesom for lungekræft. Centraliseringen kombineret med forbedringer i øvrigt i den onkologiske behandling og samarbejdet mellem specialerne kan meget vel være medvirkende til den bedre overlevelse, der ses. At forbedringerne er relateret til tiden umiddelbart efter, at diagnosen er stillet, dvs. den primære behandling, fremgår af grafen over de ekstra dødsfald. Denne observation er i fuld overensstemmelse med, hvad vi har set for tyktarms- og endetarmskræft i en tidligere analyse [9]. En yderligere støtte for vores argumentation er, at der for mange kræftformer ikke er sket

en forbedring. Det drejer sig om kræft i mund og svælg, de øvrige gynækologiske kræftformer, testikel-, mave- og hudkræft (modermærke- og ikke modermærkekræft). For nogle af disse kræftformer (testikel- og hudkræft) er der dog tale om, at overlevelsen i forvejen var så høj, at der ikke var megen plads til forbedring. For brystkræft er tidligere diagnose og DBCG's aktivitet med koordinering og systematisering af behandlingen allerede inden første kræftplan medvirkende, mens udviklingen i prostatakræft er påvirket af en stigende incidens, der er relateret til øget brug af test for prostataspecifikt antigen ved diagnosticering.

Man kan argumentere for, at en treårsperiode er for kort til at observere andet end meget markante ændringer i overlevelse, og det giver også en mere usikker bestemmelse af estimater og dermed bredere sikkerhedsintervaller. Vi ville uden tvivl få en mere sikker analyse, hvis vi havde længere opfølgning og et opdateret cancerregister, som i princippet i dag kunne have vist udviklingen i både et-, tre- og femårsoverlevelse på et større materiale. Et opdateret cancerregister i høj kvalitet, der kan bruges til at sammenholde udviklingen i Danmark med udviklingen i de øvrige nordiske lande, er nødvendigt for fuldt at kunne vurdere kræftplanernes betydning for kræftoverlevelsen i Danmark.

Korrespondance: Hans Henrik Storm, Forebyggelse og Dokumentation, Kræftens Bekæmpelse, DK-2100 København Ø. E-mail: hans@cancer.dk

Antaget: 4. marts 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Berrino F, Sant M, Verdecchia A et al, red. Survival of cancer patients in Europe. The Eurocare study. IARC Scientific Publications No. 132. Lyon: IARC, 1995.
- Sant M, Capocaccia R, Coleman MP et al. Cancer survival increases in Europe, but international differences remain wide. *Eur J Cancer* 2001;37:1659-67.
- Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A et al. EUROCARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003;14(suppl 5):v128-49.
- Berrino F, de Angelis R, Sant M et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007;8:773-83.
- Engeland A, Haldorsen T, Dickman PW et al. Relative survival of cancer patients, a comparison between Denmark and the other Nordic countries. *Acta Oncologica* 1998;37:49-59.
- Sundhedsstyrelsen. National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, 2000:1-161.
- Storm HH, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 fulgt til år 2001. *Ugeskr Læger*, 2002;164:2855-64.
- Sundhedsstyrelsen. Kræft i Danmark. Et opdateret billede af forekomst, dødelighed og overlevelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Engholm G, Kejs AM, Brewster DH et al. Colorectal cancer survival in the Nordic countries and the United Kingdom: excess mortality risk analysis of 5 year relative period survival in the period 1999 to 2000. *Int J Cancer* 2007;121:1115-22.
- Engholm G, Storm HH, Ferlay J et al. NORDCAN: Cancer Incidence and Mortality in the Nordic Countries, (2007). Version 3.0. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. www.anccr.nu (11. dec 2007).
- Dickman P, Sloggett A, Hills M et al. Regression models for relative survival. *Statistics Med* 2004;23:51-64.
- Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer* 2004;40:2307-16.