

Afdeling:  
Journal nr.:  
Dato: 11. maj 2010

Udarbejdet af: Tina Tournebize  
E-mail: tina.tournebize@ouh.regionsyddanmark.dk  
Telefon:

## Referat

**Møde:** DLCG styregruppemøde

**Tidspunkt:** D. 03.05.10 kl. 09.30-15.00

**Sted:** B-konf., OUH

**Deltagere:** Torben Palshof (TP), Erik Jakobsen (EJA), Anders Green (AG), Maria Iahcina (MI), Kell Østerlind (KØ), Jørgen Østergaard (JØ), Lars Peter Schousboe (LPS), Mark Krasnik (MK), Karen Ege Olsen (KEO), Niels Chr. Hansen (NCH)

**Afbud:** Anders Mellemsgaard, Birgitte Espersen, Roar Maagaard, Jesper Ravn, Jesper Holst

- 1) Velkomst - Velkommen til nyt medlem, Lars Peter Schousboe, Vejle Sygehus, Øre-, Næse- og Halskir. Afd.
- 2) Valg af ordstyrer: TP
- 3) Godkendt referat fra d. 01. december 2009
- 4) **Meddelelser fra DLCG** – Drøftelse af ny struktur med henblik på optimering. Repræsentant fra Region Syddanmark skal sidde i bestyrelsen. Det er endnu ikke meldt ud, hvem det bliver. TP har rykket regionen for svar. JØ meddeler, at repræsentanterne er udvalgt, og det er ham og Steffen Christensen fra Vejle Sygehus, Lungemed. Afd.

TP informerer: Staten ønsker at optimere de kliniske databaser, hvorfor Danske Regioner har iværksat et arbejde med henblik herpå, og de 3 Kompetencecentre er inddraget i overvejelserne. Dansk Kræftforum har ligeledes planlagt et udredningsarbejde vedr. kræftdatabaserne – drøftes på et seminar i august 2010. Med henblik på kræftpakken for lungecancer er det svært at overholde ventetider. Der er ligeledes stor forskel på, i hvor høj grad afdelingerne er i stand til at indberette data på grund af ressourcemangel. TP: Regionerne må sørge for ressourcer nok til at afdelingerne kan få indrapporteret korrekt, ellers er arbejdet formålsløst. TP: Regionerne må melde ud, da de både kan og vil løfte opgaven.

4b) **Meddelelser fra FU v. KØ** – Intet nyt siden sidste FU møde. Med hensyn til Solvejs projekt har der været meldt tilbage til vejlederen, og der har været en dialog mellem AG og vejleder, og data er udleveret. KØ: Beslutningen er blevet, at ansøgning, som foreligger på hjemmesiden, udfyldes og sendes til DLCR sekr., hvorefter EJA kigger dem igennem og vurderer, om det kan leveres af DLCR alene, eller om det kræver hjælp fra AG og kompetencecenteret. Fra FU skal det vurderes ved behov, hvem der skal bidrage med noget. EJA: Proceduren kører nu, og der bliver ved alle henvendelser henvist til hjemmesiden. Der kunne med fordel hvert år udgives en liste over de projekter, som DLCR har leveret data til. Det kunne evt. medtages i årsrapporten.

4c) **Mortalitetsanalyse v. AG** – Der kommer en opfølgning vedr. volumenproblematikken – Vil foreligge til audit i 2011 og således med helt opdaterede data.. Aftale mellem NIP og DLCR om at få data direkte ind i ledelsesinformationsniveau. Det kræver ikke de store ændringer i forhold til, hvad vi allerede leverer. Dette ville ligestille databasen med NIPs eget system.

4d) **Ny organisationsstruktur** – (Se bilag fra mødeindkaldelse). De forskellige grupper vælger repræsentant til FU ud fra kriteriet, at man enten er formand for gruppen eller har mandat fra et videnskabeligt selskab. Arbejdsgrupperne vil fortsætte som hidtil og udpege deltagerne til FU. Alle i bestyrelsen skal snarest have bekræftet deres mandat. Det er vigtigt, at have de forskellige specialer repræsenteret, men af medlemmer som ønsker at deltage og som har kompetencer, som kan bruges af bestyrelsen.

5) **Meddelelser fra DLCRs sekretariat** – Omkring jul indgik registeret kontrakt med KCS. AG: KCS kører på grænsen af ydeevne i forhold til de timer, som man betaler for. EJA: KCS arbejdsmængde i forhold til årsrapporten er faldet betydeligt. Der er så forøgelse af udviklingsopgaver. Der må skulle laves et overslag på pris og timer i den forbindelse. MI: I arbejdet for andre databaser laves der timeafregning. TP: Vi satser fremover på et 3-årigt budget. MK: KCS er et af de bedste kompetencecentre, som yder en stor service og et godt stykke arbejde.

9) **Årsmøde** – Onkologerne er ikke så meget for endnu at skulle fremlægge oversigt over kontrolforløb på årsmødet. EJA: Kirurgerne har lavet et ref. Program i DKLCG om kontrolforløb efter kirurgisk behandling. TR: Har forespurgt, hvordan det forholder sig med de medicinske kontrolforløb. NCH: Hvem skal have overblikket over kontrolforløbet? Efterspørger noget ensretning i retningslinjerne. EJA: Der skal være en oversigt over status i alle regioner. TR+NCH laver oplæg til årsmødet omkring kontrolforløb.

7) **Årsrapport** – EJA: Nyt afsnit 3, sammenfatning. 7-8 vigtige punkter fra rapporten. Kap. 4: 4.2 konklusioner og anbefalinger (det kræves nu fra SST, at man tager stilling til data). 2. Sidste afsnit, sidste del – skel mellem udredningens afslutning og kirurgisk/onkologisk opstart. Udredningsforløbet skal slutte, når behandler modtager henvisning. NIP beslutning. TP: Under 50 % opereres inden for 42 dage. Målet er 85 %. MK: Det handler om ansvarsplacering. Man har ansvaret for at overgive til en modtager. TP: Udreder registrerer afslutning på udredningen og dermed opstart på behandling. Det vil sige, at behandler ikke skal registrere start i databasen. AG kommenterer recidiv-problematikken. Recidiv registreres ofte ikke. Recidiv registreres ikke altid korrekt, altså ikke som recidiv. EJA: Det er vigtigt, at få opbakning fra onkologerne til mere korrekt registrering. Der bør tilføjes i onkologiskemaet, et felt, hvor man krydser af i primær eller recidivbehandling. TP oplyser, at NIP vil tage initiativ til et registreringsmøde for de onkologiske afdelinger.

EJA: Udviklingsprojekt – samkørsel mellem DLCR og LPR. Store problemer for de onkologiske afdelinger at finde ressourcer til indberetning, da det ofte ikke prioriteres af afdelingsledelserne.

Interessant at undersøge, hvor mange patienter, som henvises til behandling, uden at blive behandlet. AG: Disse data kan ses i mangellisterne, som kommer ud af kvartalsrapporterne.

Centraliseringen af udredning i Nordjylland diskuteres. Kan man garantere en forbedring af behandlingen som følge af centralisering? NCH: Hvis forbedring i 1 års overlevelse på 12 % er en realitet, så er det ret vigtige tal, men det er måske en god ide at afvente et par år yderligere.

TP: Kommentarer til "Næstved-modellen". Kun ca. 1 besøg i udredningsforløbet. Resten foregår per telefon. Langt de fleste patienter vælger modellen med telefonisk kontakt.

- 6) **Arbejdsgrupperne** – KEO rapporterer om, at der arbejdes i patologigruppen. Dansk Selskab for Patologer (DSP) er en ny gruppe, som arbejder på de efterspurgte ting inden for patologi. Lymfeknudeundersøgelser bliver snart offentliggjort. Der er basis for fortsat at samarbejde på samme måde som hidtil. Det er nu vist, at mediastinoskopier er langt dårligere end EBUS. Patologerne prøver at lave en standard for, hvad der er repræsentativt materiale, da det også er operatørafhængigt, hvor god en undersøgelse er.
- 15) **KB/PROM** - Projekt vedr. patienttilfredshed. JLK foreslår pilotstudie med henblik på undersøgelse af patienttilfredshed. JLK foreslår et samarbejde mellem afdelingerne og KB. EJA: God ide med skema til udfyldelse af patienten og herefter indsendelse til DLCR med henblik på indskanning i databaserne. Rigtig godt at få en indikator i rapporterne om patienttilfredshed. Styregruppen er enig om, at dette er et godt projekt, som der arbejdes videre med. Der kommer nærmere fra JLK og TP.