

Møde i Dansk Lunge Cancer Gruppe

Tidspunkt: d. 13.12.2010 kl. 10.00-15.30

Sted: Rigshospitalet

Deltagere: Erik Jakobsen, Torben Palshof, Kell Østerlind, Anders Green, Maria Iachina, Niels Chr. Hansen, Jesper Ravn, Birgit Skov, Jann Mortensen, Hans Pilegaard, Anders Mellemsgaard

Afbud: Torben Riis Rasmussen, Claus Andersen, Birgitte Espersen, Janne L. Knudsen, Jørgen Østergaard, **Helle Ploug Hansen, Roar Maagaard, Karen Ege Olsen, Finn Rasmussen**

Referent: Tina Haugaard Tournebize

1) Valg af ordstyrer: Niels Chr. Hansen

2) Godkendelse af dagsorden: Godkendt.

3) Godkendelse af referat fra d. 26.10.10: Godkendt

4) DLCR-FU sammensætning v. TP: Vedtægterne er sendt til Danske Regioner til godkendelse, men indtil nu ingen respons. Ligeledes sendt ud i DLCCG miljøet til information. DLCR/DLCCG medlemmer har deltagelse for 3 år ad gangen, herefter skal man genvælges. Sammensætningen af FU blev drøftet i sommers mhp. at få valgt medlemmer fra arbejdsgrupperne. Arbejdsgrupperne kan selv vælge deres repræsentant, men det vil ofte være formanden for gruppen. Dansk Selskab for Intern Medicin har udpeget Maude Romy Djurhuus fra Vejle Sygehus som repræsentant. TP indstiller Kell Østerlind som medlem med særlige kompetencer. Der er netop valgt en regional repræsentant for alle de nordiske lande i IASLC. Valget faldt på Erik Jakobsen. Mark Krasniks medlemskab diskuteres. HP: Det er vigtigt med en repræsentant som er registreringseksperter i FU, men som også har fingeren på pulsen med hverdagens på en afdeling. TP: Der mangler i FU et medlem med styr på patientsikkerhed, her kunne være tale om Mark Krasnik. Det er vigtigt at inddrage et patientsikkerhedsperspektiv i DLCCG's arbejde. AG: Indberetninger i patientsikkerhedsdatabase er ikke mulige at trække ud på CPR niveau, derfor svært at lave noget på det felt. HP, JR, EJA, BS: Er det DLCCG's arbejde? Det burde ligge på et andet plan. Konklusionen på dette: Medlem af FU er nu Kell Østerlind og Maude Romy Djurhuus og ud går Mark Krasnik, da der ikke længere er basis for medlemskab.

5) Programændringer v. EJA: EJA gennemgår ændringerne i indberetningsskemaerne online. Der vil dog snart komme enkelte ændringer oveni. EJA gennemgår herefter releasenote C13937 bilaget om de kommende ændringer i DLCR – bla. Samkørslen med Cancerregisteret, som kan give mulighed for at fange de patienter, som ikke er i DLCR. EJA: Man kan gøre Charlsons indeks tilgængeligt i TOPICA fordelt på de 19 grupper. Der er nu samkørsel med Patobanken, EJA viser det opdaterede skema.

6) DLCCG/DLCR's økonomi 2011: Biobanken får 8 mio. – Det er stort set umuligt at arbejde med. Det vil gøre, at pengene er brugt inden halvdelen af året er gået. Dette år vil være sidste gang, hvor der uddeles standardcheck. Fra næste år, vil der blive differentieret mellem modtagerne. DMCG havde søgt om 17-18 mio., men alle er reduceret med 10 %, hvilket vil efterlade os med en mangel på 184.000 kr., idet vi havde ansøgt om 1,5 mio. og har fået 1,3 mio.. EJA gennemgår budget-bilag. Underskuddet fordeles mellem DLCR og DLCCG. Der er derudover søgt om penge fra IT udviklingspuljen. Der foreligger ikke svar endnu. Der rykkes

for svar fra puljen. TP: Det er nu i Finansloven, at der skal bevilges 2 mio. kr. til de kliniske kvalitetsdatabaser. EJA og TP laver oplæg til kommende budget.

7) Efterkontrol af lungecancerpatienter v. EJA: Der har været møde i DDLCG, hvor det blev besluttet, at recidiv skal kunne findes i indberetningen i DLCR. TP: Et intensivt kontrolforløb kan give et bedre patientforløb, bedre behandling og mere tryghed for patienten. Det indstilles til regionerne, at man fremover kører et kontrolforløb på alle lungecancerpatienter. EJA: Det er diskuteret i DKLCG, om det er nødvendigt med CT kontroller hver 3. mdr. Kontrolforløbet omfatter alle kurativt behandlede patienter. Et efterkontrolforløb vil udløse mange ekstra omkostninger, da der også vil være en del skanninger, som viser mulige forandringer, som vil medføre videre undersøgelse, hvor der så ingenting er. Det skal diskuteres, hvem som har ansvaret for kontrollen, man vil bede Torben Riis Rasmussen om et bud.

8) Dokumentalistrapporten v. EJA: Rapporten gennemgås på skærm. Rapporten mangler kun gennemgang af bilag, ellers er det den endelige rapport. Der er ændring i 1 års og 2 års overlevelse er operation, men ingen ændring af 5 års overlevelse. Ventetidsgarantierne diskuteres. Indikator III er fortsat på 85 %, selvom stort set alle afdelinger ligger under og har gjort det i flere år. Ventetiden skifter afdeling, idet henvisningen afsendes elektronisk til behandlende afdeling. Indikator V (resektionsrate) er sat ned til 20 % fra 25 %.

9) Kræftplan 3 v. TP: Ændring i forhold til tidl. Kræftplaner er en politisk prioritering. Kræftplan 2 kører videre men nu med et fagligt forløb. TP foreslår mere koordinering af patientforløbet og mere fokus på patientsikkerheden. Dette vil ikke blive realiseret her og nu. TP: Forslag om ændring af forløbstiderne. Dette vil SST ikke godtage. EJA: Der er ellers god grund til at kigge på det, idet nogle af tiderne er uopnåelige. Der skal genoprettes en arbejdsgruppe i forbindelse med Kræft-plan 3.

10) Meddelelser: EJA fortæller om rehab. amb., som starter i Odense til januar for opererede patienter. AM fortæller om deres forløb i onkologien for kemobehandlede patienter i venteforløbet.

11) Kommende møder: EJA gennemgår vedlagte mødeplan. Sidste frist for indberetning er d. 28. januar 2011.

Det besluttes, at ændringer til referatet skal meddeles senest en uge efter udsendelse af referat, ellers er referatet godkendt.