

Møde i Lungemedicinsk Forum under Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe

Odense Universitetshospital, 19. Sept. 2014, kl. 9:30-14

Deltagere: Sven Nielsen (Silkeborg, RM), Henrik Kirstein Jensen (Aalborg, RN), Zofia Grzywacz (Sønderborg, RSyd), Valentina Minddal (Gentofte, RH), Niels Maltbæk (Roskilde, RSj), Klaus Richter Larsen (Bispebjerg, RH), Niels Chr. Hansen (Odense, RSyd), Jost Wessels (Holstebro, RM), Torben Riis Rasmussen (Århus, RM) og Erik Jakobsen (DLCR).

Afbud/Fraværende: Ahmed Al-Ghallai (Vejle, RSyd), Asbjørn Høegholm (Næstved, RSj), Jens Frandsen (Randers, RM) og Eric Kindt (Viborg, RM).

Formand & Referent: Torben Riis Rasmussen

Mødet var primært mhp. klargøring af udredningsdelen i forsinket DLCR Årsrapport 2013.

Sammen med Erik Jakobsen (EJ) blev det foreliggende og i forvejen udsendte udkast gennemgået, fejlrettet og tilpasset på flere mindre områder. Det blev ved gennemgangen evident, at vi på tværs af landet ikke koder ensartet, idet der på nogle punkter for nogle afdelinger var så markante afvigelser fra de andre afdelinger, at det ikke kunne skyldes forventelige mindre forskelle i udredningspraksis. Således synes der f.eks. oplagt at mangle en del registreringer af udført endoskopisk mediastinal udredning (EUS & EBUS) af opererede patienter. Dette skyldes formentlig brug af en procedurekodning, som ikke opfanges fra LPR ved datafangst til dannelsen af DLCR-data. Herudover sås også at f.eks. Næstved tydeligvis ikke får registreret alle foretagne PET-skanninger på en sådan måde, at det opfanges fra LPR, og at man i Næstved koder biopsier taget under endoskopi anderledes end det gøres på andre afdelinger.

Det "afslørede" sig tillige, at kun hoved-procedurekoder registreres, og ikke bi-procedurekoder. F.eks. at proceduren for EUS registreres, men ikke at der i forbindelse med EUS er foretaget bioptering af binyre eller lever - hvorved der så iht tabellerne i udkastet næsten ingen binyre-biopsier er foretaget.

Det blev aftalt, at "CT abdomen" og "CT lunger" samles til en "CT thorax", som så bedre afspejler den sædvanlige "standard" lungecancer udrednings-CT-skanning af thorax og øvre abdomen.

Mht lungefunktionsmålinger var for nogle afdelinger registreret "Helkropspletysmografi", men hvor det, det drejer sig om, er diffusionsmålingsdelen. Helkropspletysmografi bliver derfor nu omregistreret som Diffusionsmåling.

Mht angivelse af "Diagnose fundet ved:" var ret ensartet på tværs af landet ca. 20% registreret som "Uoplyst". Der var enighed om, at dette tal ikke reflekterer virkeligheden. Det opkommer formentlig pga en u hensigtsmæssighed i udredningsmodulets funktion i DLCR. Vil blive tilrettet.

Det skal bemærkes, at **angivelse af Performance Status (PS) skal være sv.t. tidspunkt for behandlingsbeslutning**. Dette indebærer så, at hvis en patient dør under udredning, så angives PS = 5 (dvs. Død).

Men ved denne gennemgang af den første udredningsrapport baseret på et automatiserede udtræk fra LPR blev det således tydeliggjort, at **der er behov for en "kodningsinstruks" - mhp at sikre ensartet kodning i LPR af procedurer på tværs af afdelinger og landdele**. Kun herved kan eventuelle reelle forskelle i udredningspraksis blive synliggjort. *Det blev aftalt, at Klaus og undertegnede laver et udkast til en sådan kodningsinstruks.*

Der var et ønske om, at få synliggjort i DLCR (og i rapport) såvel den gamle forløbstid i hht den gamle NIP-standard som tiden i pakkeforløbet i hht SSI's monitorering fra AFB26A til AFB26C1. Dette tidsinterval kan allerede udtrækkes i online rapporten M02, og EJ vil lave en afdelingsopdelt tabel for dette tidsinterval til den aktuelle rapport. Men lige nu er der ikke ensartet praksis hen over landet mht, hvordan man definerer tidspunktet for AFB26A (Pakkeforløbsstart), og om man ift DLCR gør sig den ulejlighed at tilrette tiden angivet i DLCR. Der var blandt flertallet af deltagerne i dagens møde enighed om, at AFB26A bør defineres svarende til det tidspunkt, hvor man på udredende afdeling modtager henvisningen eller f.eks. ser CT-skanning på patienten foretaget i regi af anden afdeling, og ikke forsøge at opspore eller deducere, hvornår forud for henvisningen af patienten den bestyrkede mistanke om lungecancer var (eller burde være) opstået. *Dette skal også formuleres mere præcist, ligesom det skal nærmere aftales hvilke tidsregistreringer, der kan/skal med i næste årsrapport.*