

Dansk Lunge Cancer Register

Erik Jakobsen, Anders Green, Kell Østerlind & Torben Palshof

BAGGRUND OG FORMÅL

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) blev etableret af Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) i 2000 for at dokumentere kvaliteten af diagnostik, behandling og fremskridt som resultat af Kræftplan I og DLCG's nye referenceprogram. I 2003 blev DLCR en del af Det Nationale Indikator Projekt (NIP), og i NIP etableredes en række indikatorer, som DLCR har rapporteret data om siden.

Der er i dag indberettet data om > 40.000 patienter til DLCR gennem DLCR's onlineprogram TOPICA. Data indberettes af 32 afdelinger (18 udredende, fire kirurgiske og ti onkologiske) og beskriver overlevelse, diagnostik, stadier, komorbiditet, patologi, kirurgiske procedurer, komplikationer og onkologisk behandling. DLCR samkøres med faste intervaller med Patobanken, Cancerregisteret, Landspatientregisteret og Det Centrale Personregister.

RESULTATER

Data analyseres periodisk og rapporteres som: 1) årsrapporter, 2) kvartalsrapporter, 3) onlinetabeller til hver afdeling, der rapporterer til DLCR, og 4) data til regionernes ledelsesinformationssystemer.

I årsrapporterne har man gennem de seneste år påvist markante kvalitetsforbedringer på alle typer indikatorer: overlevelse, operationstyper og ventetid. En indikator, der udviser en markant kvalitetsforbedring, er overensstemmelsen mellem det kliniske stadium cTNM og det postoperative stadium pTNM.

Indikatoren viser, hvor præcist de udredende afdelinger kan fastlægge det korrekte stadium før kirurgi, hvilket er afgørende for, at patienten tilbydes den bedste behandling. Som det fremgår af **Figur 1**, er overensstemmelsen steget fra 70% i 2003 til 86% i 2011.

DISKUSSION OG KLINISKE IMPLIKATIONER

I DLCR kan der således påvises markant forbedrede resultater af dansk lungekræftbehandling i de seneste 12 år [1, 2]. Årsagerne hertil er mange: tidligere opsporing, centralisering af udredning og behandling, forbedrede behandlingsprincipper, etablering af multidisciplinære team-konferencer, kliniske retningslinjer samt database, rapportering og audit.

Vha. DLCR kan det dokumenteres, at påvisning af forskelle mellem afdelinger og regioner påvirker

den professionelle adfærd, så forskelle over tid er mindsket. Sideløbende med DLCR's resultater på kvalitetsområdet er DLCR's bidrag til forskning steget [3, 4].

Der er i de seneste år løbende blevet publiceret artikler fra DLCR, og med baggrund i data herfra er der nu blevet publiceret ti *peer review*-artikler.

KONKLUSION

Kræftplan I og de medfølgende resurser banede vejen for bedre behandling af lungekræft i Danmark, referenceprogrammerne definerede vejen ad hvilken, og DLCR blev det helt nødvendige navigationsredskab. En velfungerende klinisk database, veldefinerede indikatorer og standarder, intern og offentlig rapportering, audit og faglig respekt samt værdsættelse er fortsat alfa og omega for kvalitetsudvikling og optimal anvendelse af de resurser, der kan blive sundhedsvæsenet til del. DLCR eksisterer, og DLCR kan ikke undværes.

Læs vore årsrapporter mv. på [5].

LITTERATUR

1. Mainz J, Hansen AM, Palshof T et al. National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *J Surg Oncol* 2009;99:500-4.
2. Jakobsen E, Palshof T, Østerlind K et al. Data from a national lung cancer registry contributes to improve outcome and quality of surgery: Danish results. *Eur J Cardiothoracic Surg* 2009;35:348-52.
3. Wildgaard K, Ravn J, Nikolajsen L et al. Consequences of persistent pain after lung cancer surgery: a nationwide questionnaire study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011;55:60-8.
4. Dalton SO, Frederiksen BL, Jacobsen E et al. Socioeconomic position, stage of lung cancer and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001-2008. *Br J Cancer* 2011;105:1045-8.
5. www.lungecancer.dk.

STATUSARTIKEL

KORRESPONDANCE:

Erik Jakobsen,
Karkirurgisk Afdeling T,
Odense Universitetshospital,
Sdr. Boulevard 29,
5000 Odense C. E-mail:
erik.jakobsen@ouh.
regionsyddanmark.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

FIGUR 1

Overensstemmelse mellem det kliniske stadium cTNM og det postoperative stadium pTNM.

