

# Optimeret brug af resultater fra kræftdatabaserne?

Kræftbehandlingen i Danmark – og ikke mindst debatten om samme – involverer en lang række private og offentlige aktører, som overordnet set stræber efter samme mål, men som ofte lægger fokus og tyngden af argumenter på forskellige områder. Centralt for alle involverede står ønsket om at forbedre den samlede indsats for kræftpatienterne, og i dette lys giver de nationale kliniske kvalitetsdatabaser en unik mulighed for at handle på fakta snarere end mavefornemmelser. Således er der for hver enkelt kræftsygdom opstillet en række kvalitetsmål, som er fastsat af en faglig styregruppe. Hvert år gennemgår man i samme faglige fora de opnåede databaseresultater for at se, om man lever op til de fastsatte kvalitetsmål (f.eks. andelen af kræftpatienter, som er i live fem år efter, at behandlingen er startet), og herunder om der er betydende forskelle mellem de behandlende afdelinger, regionerne imellem eller i forhold til international standard.

I Danish Medical Journal (dette nummer af Ugeskrift for Læger, side 594) præsenteres en artikel [1], der handler om pancreascancer og er baseret på data hentet uden for regi af den nationale kliniske kvalitetsdatabase – som i dette tilfælde ville være Dansk Pancreas Cancer Database (DPCD). I artiklen påpeges interregionale forskelle i overlevelsen, som synes at have udgangspunkt i antallet af resektioner, og at overlevelsen afhænger af patienternes socioøkonomiske status. Det sidste er desværre et faktum for mange kræftsygdomme [2-4], og en positiv påvirkning af disse forhold vil kræve en bred og anderledes indsats, som ligger uden for de enkelte danske multidisciplinære cancergruppers formåen. Derimod er det interessant, at oplysninger om interregionale forskelle i antallet af resektioner finder vej til den større offentlighed gennem en artikel i Danish Medical Journal. Samme oplysninger fremgår af DPCD's årsrapporter fra 2016/2017 og 2017/2018 [5], hvor den faglige styregruppe, som repræsenterer de behandlende institutioner, har anbefalet fortsat opmærksomhed på de regionale resektionsrater. Det er vigtigt at understrege, at årsagen til de observerede forskelle – og afledte effekter heraf – ikke altid kan forklares entydigt, og ofte spiller flere faktorer en afgørende betydning for det samlede billede. Men pointen her er ikke, hvilken betydning man tillægger de omtalte observationer, men derimod om de oplysninger, man får fra kliniske kvalitetsdatabaser, og som kvalificeres efter bedste evne af de faglige eksper-

ter, får den nødvendige opmærksomhed. Eller sagt på en anden måde: Er det kun eksperterne selv, som læser (hele) årsrapporten og forsøger at danne sig et overblik over de aktuelle, validerede behandlingsresultater? Man kan med god grund argumentere for, at eksperterne netop sidder i styregrupperne for at kunne formidle de vigtigste resultater til patienterne, behandlingssystemet og politikerne. Men får vi nok valuta for den store (gratis) arbejdsindsats, der som bekendt lægges i databaserne af en stor gruppe kliniske ildsjæle? For slet ikke at tale om de økonomiske ressourcer, som regionerne bruger alene på at oprette og vedligeholde databaserne gennem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Desværre er det ikke så simpelt at gøre kræftdatabasernes resultater mere tilgængelige og dermed øge deres potentielle positive påvirkning af kræftbehandlingen. Dels skal alle resultater som nævnt ses og evalueres i det rette lys og med en samtidig åbenhed over for forklarende faktorer, som kan påvirke det samlede resultat, og dels er der eksempler på, at man undlader denne grundige analyse og herunder dialogen med eksperterne. En forkert udtalelse baseret på sidstnævnte kan i det offentlige rum gøre en lang række kræftpatienter utrygge ved deres behandling. Omvendt må man forvente, at de rådgivende og bestemmende myndigheder baserer deres løbende vurdering af kvaliteten af kræftbehandlingen og dermed behov for justeringer af samme på en kombination af valide data fra de kliniske databaser og en tæt dialog med de eksperter, som er tilknyttet disse databaser. At der p.t. er store leveringsmæssige problemer med flere databaser som følge af problemer med Landspatientregister-3 er en helt anden sag, men måske er det der, det politiske system skal slå til først.

## LITTERATUR

- Engberg H, Steding-Jessen M, Øster I et al. Regional and socioeconomic variation in survival after a pancreatic cancer diagnosis in Denmark. *Dan Med J* 2020;67(2):A08190438.
- Thobie A, Mulliri A, Dolet N et al. Socioeconomic status impacts survival and access to resection in pancreatic adenocarcinoma: a high-resolution population-based cancer registry study. *Surg Oncol* 2018;27:759-66.
- Gupta S, Wilejto M, Pole JD et al. Low socioeconomic status is associated with worse survival in children with cancer: a systematic review. *PLoS One* 2014;9:e8948.
- Klein J, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities in prostate cancer survival: a review of the evidence and explanatory factors. *Soc Sci Med* 2015;142:9-18.
- Dansk Pancreas Cancer Database – årsrapport 2017/2018. Dansk Pancreas Cancer Gruppe, 2019.

## LEDER

Michael Bau Mortensen

Ugeskr Læger  
2020;182:V205008

## KORRESPONDANCE:

Michael Bau Mortensen,  
Odense Pancreas Center,  
Odense PIPAC Center, G1-  
Sektionen, Kirurgisk  
Afdeling, Odense  
Universitetshospital.  
E-mail: michael.bau.  
mortensen@rsyd.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk