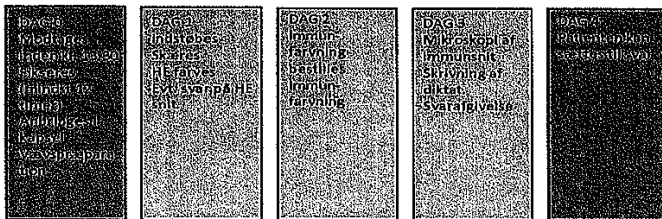


Forslag af 29. november 2007

## Fælles svartider - DSPAC - nov. 2007

### Biopsimateriale som indgår i planlagte patientforløb

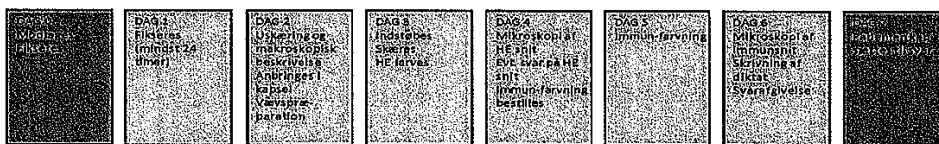
#### 3 hele arbejdsdage



85 – 90 % skal besvares indenfor tidsrammen.

### Operationspræparater som indgår i planlagte patientforløb

#### 6 hele arbejdsdage



90 % af præparaterne skal besvares indenfor tidsrammen

### Finnålsaspirater (cytologisk materiale) som indgår i planlagte patientforløb



90 % skal besvares indenfor tidsrammen.

## Forudsætning for hurtigt svar på biopsimateriale

- Patienten indgår i et planlagt diagnostisk forløb (en diagnostisk pakke).
- For at opnå bedst mulig kvalitet af de immunhistokemiske farvninger, skal vævet fikseres i mindst 12 timer, derfor skal biopsierne modtages inden kl. 13.30 på dag 0.
- 85 % af svar afgives indenfor den beskrevne tidsramme.
- Hvis svartiden ikke kan overholdes gives klinikerne besked evt. i form af et foreløbigt svar.
- Bufferkapacitet til at opfange de daglige fluktuationer i præparatmængden.
- Tilførsel af ressourcer til indkøb af apparatur (Indstøbningsmaskiner, hurtige vævspræpareringsmaskiner, immunfarvemaskiner som kan håndtere små batch).
- Mere personale da biopsierne skal behandles mere "individuel" og ikke som nu i større batchs.
- Fokus på at kvaliteten ikke forringes – her specielt fokus på effekten af den korte fikseringstid på de immunhistokemiske farvninger.
- Fokus på at uddannelse af yngre patologer ikke forringes.

## Fælles svartider - DSPAC - nov. 2007

### Forudsætning for model for finnålsaspirater (cytologisk materiale)

---

- Patienten indgår i et planlagt diagnostisk forløb (en diagnostisk pakke).
- 90 % af svar afgives indenfor den beskrevne tidsramme.
- Hvis svartiden ikke kan overholdes gives klinikerne besked evt. i form af et foreløbigt svar.
- Intet må gå galt – glat forløb.
- Bufferkapacitet til at opfange de daglige fluktuationer i præparatmængden.
- Hvis der er behov for specialfarvninger, herunder immunhistokemi øges svartiden med et døgn.
- Hvis immunhistokemisk farvning af paraffinindstøbt bundfald indgår i diagnostikken øges svartiden til 3 hele arbejdsdage (som ved biopsimateriale – svarende til på biopsimateriale).

5

### Forudsætning for hurtig svar på operationsmateriale

---

- Patienten indgår i et planlagt diagnostisk forløb (en diagnostisk pakke).
- For at opnå bedst mulig kvalitet af de immunhistokemiske farvninger, skal vævet fikseres i 24 til 48 timer.
- Operationspræparater defineres som præparater, hvor der normalt foretages en lægelig udsikring.
- 90 % af svar afgives indenfor den beskrevne tidsramme.
- Hvis svartiden ikke kan overholdes gives klinikerne besked evt. i form af et foreløbigt svar.
- Intet må gå galt – glat forløb.
- Bufferkapacitet til at opfange de daglige fluktuationer i præparatmængden.
- På helt specielle procedure som f.eks. PCR kan svartiden yderligere forlænges, men der afgives indenfor tidsfristen et foreløbigt svar.

6



## Charlsons komorbiditets-indeks

**Tabel 5** Oversigt over sygdomsgrupper i Charlsons komorbiditetsindeks (2-3) samt de tilhørende værdier og diagnosekoder.

Sygdom	Værdi	ICD-8	ICD-10
Akut myokardie infarkt	1	410	I21;I22;I23
Hjerteinsufficiens	1	427.09; 427.10; 427.11; 427.19; 428.99; 782.49	I50; I11.0; I13.0; I13.2
Karsygdomme	1	440; 441; 442; 443; 444; 445	I70; I71; I72; I73; I74; I77
Cerebrovaskulære sygdomme	1	430-438	I60-I69; G45; G46
Demens	1	290.09-290.19; 293.09	F00-F03; F05.1; G30
Kronisk lungesygdomme	1	490-493; 515-518	J40-J47; J60-J67; J68.4; J70.1; J70.3; J84.1; J92.0; J96.1; J98.2; J98.3
Bindevævssygdomme	1	712; 716; 734; 446; 135.99	M05; M06; M08; M09;M30;M31; M32; M33; M34; M35; M36; D86
Ulcussygdomme	1	530.91; 530.98; 531-534	K22.1; K25-K28
Milde leversygdomme	1	571; 573.01; 573.04	B18; K70.0-K70.3; K70.9; K71; K73; K74; K76.0
Diabetes type1	1	249.00; 249.06; 249.07; 249.09	E10.0; E10.1; E10.9
Diabetes type2	1	250.00; 250.06; 250.07; 250.09	E11.0; E11.1; E11.9
Hemiplegi	2	344	G81; G82
Nyresygdomme	2	403; 404; 580-583; 584; 590.09; 593.19; 753.10- 753.19; 792	I12; I13; N00-N05; N07; N11; N14; N17-N19; Q61
Diabetes med komplikationer			
type1	2	249.01-249.05; 249.08	E10.2-E10.8
type2	2	250.01-250.05; 250.08	E11.2-E11.8
Solide kræftformer	2	140-194	C00-C75
Leukæmi	2	204-207	C91-C95
Lymfomer	2	200-203; 275.59	C81-C85; C88; C90; C96
Moderate til svære lever-sygdomme	3	070.00; 070.02; 070.04; 070.06; 070.08; 573.00; 456.00-456.09	B15.0; B16.0; B16.2; B19.0; K70.4; K72; K76.6; I85
Metastaserende cancer	6	195-198; 199	C76-C80
AIDS	6	079.83	B21-B24

## Referencer

1. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001.
2. Forslag til et accelereret diagnostik- og behandlingsforløb for kræftpatienter. DMCG.dk, 2007.
3. Sundhedsstyrelsen, Skabelon for pakkeforløb, 2007.
4. Dansk Lunge Cancer Gruppe & Dansk Lunge Cancer Register, Årsrapport 2005.
5. Lungemedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital, 2007.
6. Rasmussen, F. Personlig meddelse, 2007
7. W Hamilton, T J Peters, A Round, D Sharp. What are the clinical features of lung cancer before the diagnosis is made? A population based casecontrol study. *Thorax* 2005; 60:1059–1065.
8. Green A. Korrelation mellem udredningstid og overlevelse, patientmateriale fra Vejle, 2007.
9. Fischer BM, Mortensen J. The future in diagnosis and staging of lung cancer: Positron Emission Tomography. *Respiration* 2006; 73: 267–276.
10. van Tinteren H, Hoekstra OS, Smit EF et al. Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: The PLUS multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 359:1388-1392.
11. De Leyn P, Lardinois D, Van Schil PE et al. ESTS guidelines for preoperative lymph node staging for non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 32: 1-8.
12. Silvestri GA, Gould MK, Margolis ML, et al. Noninvasive Staging of Non-small Cell Lung Cancer: ACCP Evidenced-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *Chest* 2007; 132: 178-201.
13. Lardionis D, Weder W, Hany T, Kamel EM, Korom S, Seifert B et al. Staging of non-small-cell lung cancer with integrated positron-emission-tomography and computed tomography. *N Engl J Med* 2003; 348: 2500-2507.
14. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; vol 40, no. 5: 373-383.
15. Cronin-Fenton DP, Nørgaard M, Jacobsen J et al. Comorbidity and survival of Danish breast cancer patients from 1995 to 2005. *Br J Cancer* 2007; 96: 1462–1468.
16. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ et al. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 221–229.
17. Nuttalla M, van der Meulena J, Embertona M. Charlson scores based on ICD-10 administrative data were valid in assessing comorbidity in patients undergoing urological cancer surgery. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 265–273.
18. Tetsche MS, Nørgaard M, Jacobsen J et al. Comorbidity and ovarian cancer survival in Denmark, 1995–2005: a population-based cohort study. *Int J Gynecol Cancer* 2007 (in press).
19. Colice GL, Shafazand S, Griffin JP et al. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer being considered for resectional surgery: ACCP evidenced-based clinical practice guidelines (2nd Edition). *Chest* 2007; 132: 161-177.

