

DLGCG Årsberetning 2023

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)
Dansk Lever-Galdevejs Cancer Gruppe (DLGCG)



Indholdsfortegnelse

Rapportudarbejdelse og bestyrelse	2
DMCG'ens organisation	4
Statusbeskrivelse	6
Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025	9
Forskningsaktiviteter mv. i 2023	14
Plan for 2024: planlagte aktiviteter	15

Rapportudarbejdelse og bestyrelse

Årsberetningen 2023 for den multidisciplinære cancergruppe er udarbejdet af:

Navn, titel, arbejdssted, tilhørsforhold, email:

DMCG'ens formand: Peter Nørgaard Larsen, Overlæge Rigshospitalet

DMCG'ens bestyrelse 2023:

Navn	Titel	Arbejdssted	Fagligt tilhørsforhold*
Peter Nørgaard Larsen	Overlæge	Rigshospitalet	DKS
Allan Rasmussen	Overlæge	Rigshospitalet	DKS
Nicolai Schultz	Overlæge	Rigshospitalet	DKS
Frank Viborg Mortensen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DKS
Anders Riegels Knudsen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DKS
Mogens Stender	Overlæge	Ålborg Universitetshospital	DKS
Mogens Sall	Overlæge	Ålborg Universitetshospital	DKS
Claus Frstrup	Overlæge	Odense Universitetshospital	DKS
Hans Christian Pommergaard	Afdelingslæge	Rigshospitalet	DKS
Morten Mau-Sørensen	Overlæge	Rigshospitalet	
Kirsten Vistisen	Overlæge	Herlev Universitetshospital	DSKO
Finn Ole Larsen	Overlæge	Herlev Universitetshospital	DSKO
Alice Markussen	Overlæge	Herlev Universitetshospital	DSKO
Yousef Jesper Nielsen	Overlæge	Herlev Universitetshospital	
Britta Weber	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSKO
Hanna Rahbek Mortensen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSKO
Anders Kindberg Boyesen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSKO
Morten Ladekarl	Overlæge	Ålborg Universitetshospital	DSKO
Signe Risumlund	Overlæge	Rigshospitalet	DSKO
Line Schmidt Tarpgaard	Overlæge	Odense Universitetshospital	DSKO
Marianne Feen Rønjom	Overlæge	Herlev Universitetshospital	DSKO
Lise Bech Jellesmark Thorsen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSKO
Merete Krogh	Overlæge	Odense Universitetshospital	DSKO
Torben Frøstrup Hansen		Vejle Sygehus	DSKO
Rozeta Abazi	Overlæge	Odense Universitetshospital	DSGH
Eva Fallentin	Overlæge	Rigshospitalet	DRS
Bo Nyhuus	Overlæge	Rigshospitalet	DRS
Jakob Fink Topsøe	Overlæge	Herlev Universitetshospital	DRS
Lars Skovgaard Larsen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DRS

Nikolaj Schou	Overlæge	Århus Universitetshospital	DRS
Mette Bak Nielsen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSPAC
Gro Willemoie	Overlæge	Rigshospitalet	DSPAC
Stephen Hamilton	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSPAC
Henning Grønæk	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSGH
Gerda Villadsen	Overlæge	Århus Universitetshospital	DSGH
Otto Clemmesen	Overlæge	Rigshospitalet	DSGH
Hans-Jørgen Frederiksen	Overlæge	Rigshospitalet	DASAIM
Ismail Gögenür	Overlæge	Køge Sygehus	DCCG
Jørgen Østergaard		Danske Regioner	Danske regioner

*(F.eks. kirurgi/onkologi/patologi/videnskabeligt selskab/ patientforening/region etc.)

DKS = Dansk Kirurgisk Selskab

DSKO = Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

DRS = Dansk Radiologisk Selskab

DSPAC = Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi

DSGH = Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi

DASAIM = Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

DCCG = Dansk Colorectal Cancer Gruppe

DMCG'ens organisation

Her ønskes et overblik over DMCG'ens undergrupper, udvalg, databasestyregruppe etc. – det angives hvem der er delmængder af hvad.

- *Angives meget gerne grafisk, der er dog fuld metodefrihed.*
- *Medlemsnavne kan angives - eksempelvis som note.*

Nedenstående er et eksempel; hvis anden grafik foretrækkes indsæt gerne eget forslag

Da DLGCG dækker 3 vidt forskellige kræftlidelser hvad angår epidemiologi, symptomatologi, udredning og behandling(Primær Levercancer(HCC), Galdevejskræft(CC) og levermetastaser fra tyktarmskræft(KRLM) har vi valgt at organisere os lidt anderledes end de fleste DMCG'er.

Da vores DMCG kun består af 3 HPB-centre, som arbejder multidisciplinært på tværs af landet (blandt andet ved nationale konferencer), og vi således kender hinanden rigtigt godt, så har vi valgt at oprette multidisciplinære grupper/udvalg for hver sygdomsenhed i stedet for opdeling efter behandlingsmodalitet.

Disse grupper varetager primært retningslinjearbejdet.

Alle specialer er forsøgt repræsenteret i hver gruppe for hvert af de 3 HPB centre, hvilket stort set er opnået. Vi har fået 10 nye medlemmer af styregruppen, som er markeret med **rødt** i skemaet ovenfor.

På grund af de mange styregruppemedlemmer har vi af logistiske årsager valgt at holde et enkelt styregruppe seminar om året. Det afholdes som internat over 2 dage i maj-juni. Mødet lå tidligere i januar, men vi har valgt at flytte det det tidspunkt hvor vi kender resultatet af DLGCG's årsrapport fra foregående år. Første udkast udkommer ultimo april/primio maj til kommentering.

Sammensætningen af grupperne er følgende:

HCC:

Gerda Villadsen GM(formand), Henning Grønbæk GM, Otto, Clemmesen GM, Rozeta Abazi GM, Kirsten Vistisen O, Yousef Jesper Nielsen IR, Britta Weber SO, Hanna Rahbek Mortensen SO, Gro Wille-moe P, Stephen Hamilton P, Eva Fallentin R, Bo Nyhuus U, Frank Viborg Mortensen K og Allan Ras-mussen K

CC:

Peter Nørgaard Larsen K(formand), Finn Ole Larsen O, Alice Markussen O, Morten Ladekarl O, Britta Weber SO, Hanna Rahbek Mortensen SO, Gro Wille-moe P, Stephen Hamilton P, Bo Nyhuus U, Eva Fallentin R

KRLM:

Nicolai Schultz K(formand), Anders Riegels Knudsen K, Claus Fristrup K, Mogens Stender K, Anders Kindberg Boysen O, Morten Mau-Sørensen O, Bo Nyhuus U, Eva Fallentin R

Database:

Peter Nørgaard Larsen K(formand), Nicolai Schultz K, Anders Riegels Knudsen K, Gerda Villadsen GM, Britta Weber SO, Mogens Stender K, Torsten Pless K, Kirsten Vistisen O, Lene Skifter (forløbkoordinator), Hans Christian Pommersgaard K, Mette Lise Lousdal (Epidemiolog, RKKP), Niklas Mølbak Christensen (datamanager, RKKP), Monika Madsen(chefkonsulent, RKKP), Lotte Schultz(forløbskoordinator, DLGCD sekretær), Tóra Dahl(patientrepræsentant).

PS. Vi har ikke fået placeret de nye medlemmer i arbejdsgrupperne endnu.

K = Kirurg

O = Onkolog

SO = Stråleoncolog

P = Patolog

R = Radiolog

IR = Interventionsradiolog

U = Ultralydsspecialist

GM = Gastro-mediciner/Hepatolog

Statusbeskrivelse

DMCG.dk og DMCG'erne arbejder aktuelt efter en samlet [strategi & handlingsplan for 2023-2025](#).

Anfør her en kort prosabeskrivelse af DMCG'ens aktiviteter i det forgangne år (2023) med udgangspunkt i, hvad der er sket på de strategiske indsatsområder: landsdækkende kliniske retningslinjer, kliniske kvalitetsdatabaser og tilhørende kvalitetsudvikling, forskning samt patientinvolvering og eksternt samarbejde.

Beskrivelsen kan eksempelvis bygges op om besvarelse af flg. spørgsmål:

- 1. Hvad har vi været optaget af i 2023?*
- 2. Hvad er vores aktuelle hovedproblemstillinger/udfordringer?*
- 3. Hvad er vi lykkedes med i 2023?*

Guidelines:

- Retningslinierne for Primær Leverkræft(HCC) er revideret og publiceret april 2023.
- Retningslinjerne for Galdegangskræft(CC) er revideret og publiceret april 2023.
- De nyreviderede retningslinjer for HCC og CC blev gennemgået endnu engang ved styregruppemødet 8.-9. juni 2023 og man fandt ingen anledning til justeringer. Næste revision finder sted i forbindelse med styregruppemødet 25.-26. april 2024
- Vi er ved at lægge den sidste hånd på retningslinjerne for Tarmkræftmetastaser(KRLM) som forventes godkendt på styregruppemødet 25.-26. april 2024. Der bliver et overlap til Dansk Colo-Rectal Cancer Grupper(DCCG) retningslinjer med links begge veje.

Auditering i DMCG.dk:

- DLGCG blev 12.10.2023 auditeret ved DMCG samlingen i Middelfart, med DSKMS og DCCG som auditører. Det var en spændende og lærerig oplevelse, hvor vi fik mange inspirerende inputs.

Databasen:

- Databasestyregruppen holdt 9. maj 2023 audit på Årsrapporten 2022 og den er efterfølgende blevet præsenteret og yderligere kommenteret på DLGCG seminaret 8.-9. juni 2023.
- Årsrapporten for 2023 forventes publiceret juni 2024
- Da vi endnu ikke kender resultatet af 2023 årsrapporten har vi nedenfor gentaget "Konklusioner og anbefalinger" fra den publicerede Årsrapport 2022.

Konklusioner og anbefalinger fra DLGCDs årsrapport 2022

"Overordnet set lever overlevelsen efter intenderet kurativ behandling for primær levercancer (HCC), galdevejscancer (CC) og levermetastaser fra tyk-og endetarmskræft (KRLM) op til internationale standarder, både hvad angår 90-dages mortalitet, 1-, 3- og 5- årsoverlevelsen.

Det er i år valgt at ekskludere eksplorative indgreb. Denne eksklusion, hvor intenderet kurativ behandling ikke findes mulig, har medført en generel stigning i overlevelsen for CC patienterne på 5-10 %, men ændrer ikke på overlevelsen for HCC og KRLM patienterne, da eksplorativ laparotomi udgør en meget lille andel af disse patientkategorier.

Dækningsgraden kendes fortsat ikke for de enkelte cancerdiagnoser, eftersom den reelle incidens og prævalens er usikker. Ved at sammenholde antal førstegangshenviste patienter med HCC eller CC med registreringer i Cancerregisteret for årene 2017-2021 (Tabel 38) kan man, forudsat at registreringen i Cancerregisteret er komplet, konkludere at ca. 90% af patienterne bliver vurderet på multidisciplinær konference, med henblik på mulighed for intenderet kurativ eller livsforlængende behandling.

Rapporten inkluderer igen i år en ventetids/udredningstidsindikator, som beskriver andelen af patienter, som venter mindre end 43 dage (svarende til pakkeforløb) fra henvisning er modtaget til start på intenderet kurativ behandling.

Som noget nyt er indikatoren i år opgjort særskilt for hver cancerform. For HCC ligger centrene over eller tæt på standarden på 90%. Rigshospitalet (RH) ligger dog under på ca. 70 %. Da Rigshospitalet behandler næsten halvdelen af de registrerede patienter, lander landsgennemsnittet på 82%, noget under standarden. For CC og KRLM ligger landsgennemsnittet på hhv. 81% og 84%, hvor Rigshospitalet også ligger lavest.

Ventetiden fra endt udredning til operation har på Rigshospitalet i løbet af 2022 konstant ligget på 3-6 uger og er nok hovedårsagen til at for mange patienter ikke starter behandling inden for 43 dage efter henvisning. Årsagen er mangel på behandlingskapacitet, hovedsageligt pga. af skiftende mangel på sygeplejersker på sengeafdeling og operationsgang. Afkortning af ventetid fra endt udredning til operation for KRLM, HCC og særligt for CC er ikke altid hensigtsmæssig. Ofte skal komplicerede operationer koordineres med parallelle behandlinger som f.eks. procedurer, der forøger levervolumen, hvilket gør at operationstidspunktet intenderet planlægges længere ude i fremtiden end 2 uger efter samtykke. Det er alligevel påfaldende, at der er så store forskelle i resultaterne for Indikator 1 mellem Rigshospitalet og de øvrige afdelinger. Styregruppen vil tage tiltag til grundigt at undersøge, hvad der betinger denne forskel, om der er læring at hente fra andre afdelinger i forhold til forløbsorganisering og vil komme med anbefalinger til, hvad der eventuelt kan gøres for at forbedre ventetiden på særligt Rigshospitalet.

En ny indikator opgør 1-årsoverlevelsen for KRLM patienter, som lokalbehandles for anden gang, og her ligger landsgennemsnittet på 89%. De andengangsbehandlede klarer sig altså lige så godt som de førstegangsbehandlede, hvilket kan forklares ved, at det er en patientgruppe med en mere gunstig tumorbiologi, som udvælges til fortsat

behandling. Gruppen af KRLM patienter fylder generelt mindre og mindre i statistikken henover tid. I appendiks præsenteres oversigter over patientvolumen med angivelse af antallet af flergangshenvisninger og -lokalbehandlinger, overlevelseskurver for førstegangshenviste og -lokalbehandlede samt lokalbehandlingsoversigter.

Migrationstabeller viser, hvordan patienter fordeles mellem centrene afhængig af cancerform og bopælsregion.

Faglige og kliniske anbefalinger til forbedringer

Databasegruppen er i gang med at revidere indikatorsættet. Der overvejes indikatorer vedrørende behandlingskvaliteten som komplikationer, andelen af minimalt invasive procedurer, indlæggelsestid mv.

Målet er desuden at redegøre for de patienter, som ikke kan tilbydes intenderet kurativ behandling, men pallierende onkologisk behandling. Onkologiske data har indtil nu ikke været indrapporteret til databasen, men der arbejdes aktuelt på at opføre onkologisk behandling med brug af data fra Landspatientregisteret.

DLGCD er en uhyre kompleks database som dækker 5 cancerformer: HCC, KRLM og CC, hvor CC udgøres af tre vidt forskellige lidelser, hvad angår udredning, behandling og prognose (galdeblærecancer, hilært CC og intrahepatisk CC).

Indtastningen er derfor særdeles tidskrævende og en stor del af registreringen er dobbeltregistreringer, som vil kunne trækkes fra Landspatientregisteret og Patobank. Databasen vil derfor undersøge i hvilket omfang, det er muligt i større grad at trække data fra eksisterende registre, samt hvilke konsekvenser dette vil have for bl.a. populationsafgrænsningen"

Pakkeforløb:

- DLGCG har i 2020-21 bidraget til et nyt fusioneret pakkeforløb for Pankreas og Lever-Galdevejscancer. Ikke nogen aktivitet i 2023.
- DLGCG har i 2020-21 bidraget til et nyt fusioneret pakkeforløb for Kræft i Tyk- og Endetarm og Tarmkræftmetastaser. Ikke nogen aktivitet i 2023

Forskning:

- Eftersom vores database(etableret 2013) nu er så gammel at vi har data på en substantiel gruppe af patienter med lang opfølgningstid. Dette har medført at vi har modtaget en del ansøgninger mhp. udlevering af data til diver registerstudier inden for specielt Kolangiocarcinom, HCC og non-kolorektale levermetastaser.
- Der foregår desuden multiple tværfaglige multicenter forskningsprojekter på HPB centrene uden for DLGCG regi.
- Vi har stadig ikke oprettet et forskningsudvalg, men det vil sandsynligvis blive etableret i løbet af det kommende år i takt med at der kommer flere ansøgninger til DLGCD.

Satsningsområde:

Gråzone patienter

Som nævnt i de forrige årsberetninger har vi fortsat skarpt fokus på fasciliteringen af eksperimentel behandling af de såkaldte "gråzone" patienter, som der ikke er dækket af de enkelte afdelingers budgetter. HPB centrene har forsøgt at kompensere for dette ved at etablere protokoller, hvor "gråzone" patienter kan blive opereret med de eksisterende ressourcer, støttet af diverse fonde og kræftpuljer, og støttet af Nationale Tværfaglige Konferencer.

Vi ser gerne at der findes økonomi til etablering af mindst 2 eksperimentielle HPB sengeafsnit, et i øst og i vest Danmark, med fokus på:

- Udvikling/afprøvning af nye behandlingsmetoder
- Udvikling/afprøvning af nye behandlingsstrategier
- Sammenligne nye og etablerede metoder
- Studier af de sociale, økonomiske og organisationsmæssige konsekvenser av nye metoder.

Dette behov er i de seneste år blevet forstærket af at flere og flere "gråzonepatienter" tager udenlands for egen regning for at blive opereret, fordi de lige præcis er faldet uden for vores retningslinjer. En del af disse patienter kunne være blevet opereret herhjemme i en eksperimen-

mentel protokol, hvis finanseringen havde været der. Patienter der på eget initiativ vælger behandling i udlandet, er oftest ikke dækket af offentlige midler og risikerer pga. af de svimlende priser for behandlingerne at ende i økonomisk ruin.

Minimal Invasiv lokal behandling

Radikal kirurgisk behandling er med få undtagelser fortsat den eneste potentielt kurative behandling af HPB cancer. Patienterne er ofte højt oppe i alderen med udtalt komorbiditet. Ofte må man undlade operation pga. dette. Vi har derfor fokus på udbredelse og evaluering af mere skånsomme minimalt invasive procedurer (Robotassisterede/laparoskopiske operationer, Stereotaktisk strålebehandling, perkutane ablationsprocedurer etc.)

Specielt de robotassisterede kirurgiske procedurer og strålebehandlinger udgør en hastigt tiltagende andel af behandlingerne, efterhånden som teknologien forbedres og evidensen peger i retning af at behandlingen som et minimum er ligeværdig med åbne procedurer.

Levertransplantation

Etablering af protokoller som sikrer at egnede patienter udvælges til levertransplantation. Levertransplantation for stærkt selekterede patienter med kolo-rektale levermetastaser er nu veletableret.

Downstaging/neoadjuvante onkologiske behandlinger

Forudsætningen for et godt onkologisk resultat efter lokalbehandling er at udvalgte patienter får en skræddersyet onkologisk behandling som forberedelse til et potentielt radikalt indgreb. Vi har specielt stort fokus på betydningen af tumormarkører (CEA, Alfa-føto protein, CA 19-9 etc.) for udvælgelsen af patienter til onkologisk forbehandling (neoadjuvant kemoterapi) før søg til radikal kirurgi.

Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025

I skemaet herunder gøres ultrakort status på de målsætninger, der er fastlagt i DMCG.dk's Strategi & handlingsplan 2023-2025.

Nummereringen afspejler numrene på de målsætninger, der er angivet i planen.

For uddybning af de enkelte målsætninger og baggrund se [Strategi & handlingsplan 2023-2025](#).

Sæt kryds ved ja eller nej, og tilføj eventuelt kommentar for at uddybe svaret.

DMCG'er uden databaseaktivitet bedes naturligvis se bort fra de spørgsmål, der vedrører dette.

De målsætninger, der omhandler DMCG.dk eller øvrige parter besvares i et separat dokument, der vil fremgå af den syntese, der udarbejdes over årsberetningerne.

Nummereringen følger strategien og kan derfor 'hoppe' i nedenstående.

Mål	Målsætning	Ja	Nej
1.	Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens		
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, DMCG'en har angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar: Retningslinjen for kolo-rektale levermetastaser udkommer efter planen kort efter DLGCGs styregruppemøde 25.-26. april 2024</i>	x	
3.	De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser		
3.1	Kommunikerer jeres DMCG information om nye eller opdaterede kliniske DMCG-retningslinjer til de faglige miljøer senest 1 uge efter administrativ godkendelse? <i>Kommentar:</i>	x	
3.2	Dagsordensætter I nye og/eller opdaterede retningslinjer ved databasens styregruppemøder mhp. drøftelse af monitoreringsforslag anført i retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	x	
4.	Retningslinjer skal dække relevante tværgående sygdomsområder med høj grad af samarbejde på tværs af sundhedsvæsnet		
4.2	Bidrager DMCG'en til at identificere og udarbejde tværgående kliniske retningslinjer? <i>Kommentar: Delvist ja, f.eks. lægeligt på tværs mellem DLGCG og DCCG vedrørende kolo-rektale levermetastaser.</i>	x	
4.3	Arbejder DMCG'en for, at der afdækkes behov for udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for opfølgning samt rehabilitering og palliation med involvering af relevante faggrupper og de kommunale sundhedstilbud? <i>Kommentar: Kun i ringe grad indtil nu, så det bliver et nej.</i>		x
5.	Høj datakvalitet ved rettidig og korrekt registrering, kodning og validering		
5.1	Er der i DMCG'en en vedvarende registrering af data, så disse kan indgå i tidstro kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling? <i>Kommentar: Nej. De fleste indtastninger for året har indtil nu i praksis foregået lige før deadline for indtastning af data for det pågældende år. I forbindelse med at DLGCD i 2024 overgår til en ren registerbaseret database, i forbindelse med at vores nuværende platform Topica bliver nedlagt, så vil vi i fremtiden forhåbentlig kunne levere tidstro data</i>		x
5.2	Har jeres DMCG en LPR3-kodevejledning svarende til eget sygdomsområde? <i>Kommentar:</i>		x

6.	Indikatorsættene i de kliniske kvalitetsdatabaser danner solidt grundlag for vidensbaseret kvalitetsudvikling af hele patientforløbet		
6.1	Sikrer DMCG'en og databasestyregruppen at datasættene i de kliniske kræftdatabaser afspejler hele patientforløbet og udvalgte anbefalinger i DMCG-retningslinjerne? <i>Kommentar: Det vil vi stræbe efter med den nye platform</i>	x	
6.2	Vurderer DMCG'en og databasestyregruppen årligt indikatorsættene mhp. eventuel opdatering? <i>Kommentar:</i>	x	
7.	Datastøttet kvalitetsudvikling i klinikken med nem adgang til tidstro data og udbredt kendskab til data		
7.2	Er det jeres vurdering, at alle medlemmer af databasens styregruppe er bekendte med adgangen til den løbende afrapportering fra databaserne i de regionale systemer ¹ ? <i>Kommentar:</i>	x	
8.	Afrapportering i årsrapporter har fokus på succeser og forbedringspotentialer		
8.1	Har I en kort sammenfatning (one-pager) i årsrapporten, der angiver de vigtigste succeser og udfordringer i det forgange år? <i>Kommentar:</i>	x	
9.	Data auditeres og der iværksættes forbedringsinitiativer på udvalgte områder		
9.3	Auditerer I jeres resultater i den kliniske database mindst én gang årligt i databasestyregruppen? <i>Kommentar:</i>	x	
9.4	Er der i databasestyregruppen i det forgangne år identificeret og iværksat relevante forbedringsinitiativer? <i>Hvis ja, hvilke?</i>	x	
10.	Overblik over igangværende kliniske interventionsstudier via offentlig portal		
10.2	Er det almindelig praksis i DMCG'en at synliggøre nye og igangværende protokoller via kontakt til protokoller@cancer.dk mhp. oversigt på DCCC's hjemmeside https://www.dccc.dk/kliniske-protokoller/ ? ² <i>Kommentar: Det vil vi stræbe efter</i>		x
10.3	Sikrer DMCG'en at jeres forkortelse indgår i protokol-titlen? <i>Kommentar:</i>	x	
11.	Patienter tilbydes deltagelse i kliniske forsøg		
11.1	Gør jeres DMCG en aktiv indsats for, at der er protokoller til flest mulige patienter? <i>Kommentar:</i>	x	
11.2	Arbejder DMCG'en for national tilgængelighed af protokollerne? <i>Kommentar:</i>	x	
12.	Kvalitetsdata omsættes til forskning til gavn for patienterne		
12.1	Har DMCG'en i det forgangne år bidraget til at skaffe evidens fra real world/fase IV undersøgelser af dansk kræftbehandling via kræftdatabaserne? <i>Kommentar: Der er opgørelser på vej så vi forhåbentlig kan svare ja næste år</i>		x

¹ <https://www.rkkp.dk/resultater/Regioner/>

² Region Midt-ansatte skal tilgå linket via Edge-browseren (det kan ikke åbnes via Chrome i RM).

12.2	Har I i det forgangne år arbejdet for, at der skaffes evidens fra effekt af opfølgning? <i>Kommentar:</i>		x
15.	Patientinvolvering på organisatorisk niveau		
15.3	Er der patientrepræsentation i a. jeres databasestyregruppe? b. i DMCG-bestyrelsen? <i>Kommentar:</i>	x	x
15.4	Har DMCG'en i det forgangne år forholdt sig til systematisk, organisatorisk patientinvolvering? <i>Kommentar:</i>		x
16.	Vigtige behandlingsvalg træffes i samarbejde mellem sundhedspersonale og patienten		
16.3	Har I i jeres DMCG arbejdet på at identificere, udvikle og implementere beslutningsstøtteværktøjer i relevante beslutningssituationer? <i>Kommentar:</i>		x
17.	Aktiv anvendelse af Patient Reported Outcomes (PRO) i kræftforløbet og implementering i de kliniske kvalitetsdatabaser		
17.3	Har DMCG'en i det forgangne år arbejdet på udvikling af relevante, evidensbaserede PRO til anvendelse i kræftforløbet? <i>Kommentar:</i>		x
19.	De Multidisciplinære Team konferencer (MDT) videreudvikles		
19.2	Arbejder jeres DMCG gennem site-visits og gensidig læring for en ensartet konferenceform på nationalt niveau? <i>Kommentar: Ja. Vi er ved at etablere en national lever-galdevejs cancer konference på linje med den allerede etablerede nationale pankreascancer konference</i>	x	
20.	MDT-konferencer kvalitetssikres - lokalt og nationalt		
20.2	Har jeres DMCG udfærdiget en vejledning for kvalitetssikring af MDT-konferencerne? Vejledningerne skal bl.a. adressere deltagerkreds fra de nødvendige specialer, relevante patientgrupper og auditering. <i>Kommentar:</i>		x
20.3	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at sikre de nødvendige specialers/faggrupperes deltagelse ved konferencerne? <i>Kommentar:</i>	x	
20.4	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at definere hvilke patientgrupper, der altid bør fremlægges på MDT-konferencerne for behandlingsbeslutning? <i>Kommentar:</i>	x	
20.5	Arbejder jeres DMCG for regelmæssig stikprøvebaseret auditering af de lokale MDT-konferencer ifht. om behandlingsbeslutninger er i overensstemmelse med gældende retningslinjer? <i>Kommentar:</i>		x
20.6	Arbejder jeres DMCG for auditering ved de lokale MDT-konferencer ift. behandlingsbeslutning ved et uventet patientforløb, såsom uventet tidligt recidiv efter kurativt intenderet behandling? <i>Kommentar: Nej, men vi holder lokalt morbidity konferencer på de enkelte HPB centre</i>		x

20.7	Koder jeres lokale MDT-konference til LPR? <i>Kommentar:</i>	x	
20.9	Monitoreres det i kvalitetsdatabasen, hvorvidt DMCG'ens relevante patienter tages med på MDT-konference? <i>Kommentar:</i>	x	
23.	Konstruktive samarbejdsrelationer		
23.3	Arbejder I i jeres DMCG for styrkede samarbejdsrelationer med alle parter involveret i hele patientforløbet? <i>Kommentar:</i>	x	
24.	Relevant tværfagligt samarbejde		
24.1	Arbejder I i jeres DMCG for udbygning af organisationens tværfaglige kompetencer? <i>Kommentar:</i>	x	
24.2	Arbejder I i DMCG'en for en relevant tværfaglig repræsentation? <i>Kommentar:</i>	x	
24.3	Understøtter jeres DMCG etablering af relevante tværfaglige samarbejdsformer? <i>Kommentar:</i>	x	
25.	Kvalitetssikring af hele kræftforløbet på tværs af sektorer		
25.1	Arbejder jeres DMCG for et relevant tværsektorielt fokus? <i>Kommentar:</i>		x
25.5	Understøtter jeres DMCG i samarbejde med DMCG.dk og primærsektoren opfølgning i forhold til:		
	a. sygdomstilbagefald		x
	b. rehabilitering		x
	c. palliation		x
	<i>Kommentar:</i> Ikke endnu		

Forskningsaktiviteter mv. i 2023

Forskningsaktiviteter defineres som aktiviteter initieret af DMCG'en, herunder protokoller, projekter og peer reviewede publikationer affilieret med DMCG'en.

Indsæt antal i tabellen og angiv øvrige oplysninger under de relevante overskrifter.
Den aktivitet der ønskes angivet, er kun igangværende aktivitet.

Igangværende aktiviteter i 2023	Antal
Protokoller	11
Projekter baseret på DMCG'en	11
Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en	0

Protokoller

(Nye og igangværende protokoller som DMCG'erne tilbyder danske patienter synliggjort via DCCC <https://www.dccc.dk/kliniske-protokoller/>)

- Ikke tilmeldt endnu

Projekter baseret på DMCG'en

Alle studier er igangværende eller i planlægningsfasen:

- Ablation of hepatocellular carcinoma: a nationwide study
- Survival Following Surgical Treatment for Colorectal Liver Metastases: A Nationwide Database Study
- Margins and Metastases: A Nationwide Database Study
- The Road Less Taken: Investigating Colorectal Liver Metastases Management Choices and Their Impact on Patients
- Prognosis in patients undergoing surgery for non-colorectal liver metastases
- Prognosis in patients undergoing surgery for cholangio carcinoma
- Decision on MDT conference and prognosis in patients with CC
- Technique efficacy and complications after ablation for HCC
- Survival and recurrence after ablation for HCC
- Hepatitis and HCC
- Preoperative prognostic factors in patients undergoing surgical treatment for HCC: a nationwide registry-based study

Præsentationer, herunder posters

- "One pager" til Ugeskrift for Læger i 2019, 2020, 2021 og 2022 med resumé af DLGCDs årsrapport for 2018, 2019, 2020 og 2021

Peer reviewed artikler med kobling til DMCG'en

Andet

Plan for 2024: planlagte aktiviteter

Anfør her en kort prosabeskrivelse af DMCG'ens planlagte aktiviteter i det kommende år med udgangspunkt i, hvad der er sket på de strategiske indsatsområder som planlægges indgår i 2023-25 strategien:.

Handlingsplanen er tilgængelig her: <https://www.dmcg.dk/om-dmcg/strategi-og-handlingsplan/>

- Evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus
- Datastøttet kvalitetsudvikling
- Ny viden gennem forskning
- Patientperspektiv
- Evidensbaseret ensartet udredning og behandling
- Samarbejde på tværs af discipliner, fag og sektorer

Kliniske Retningslinjer:

- København 25.-26.april 2024: Det årlige styregruppemøde, hvor Kliniske Retningslinjer for de tre kræftformer er gennemgået og justeres, med fokus på at få retningslinjerne for KRLM helt færdige.

Databasedrift og klinisk kvalitetsudvikling:

- Der henvises til DLGCDs årsrapport for 2022
- Vi har i 2023 fået ny epidemiolog som vi glæder os til at samarbejde med. Vores databasemanager gennem flere år, som vi er meget glade for, fortsætter heldigvis samarbejdet.
- Vi overvejer at udvide antallet af indikatorer og variable. Da databasen blev etableret i 2013 blev vi pålagt at begrænse antallet af indikatorer og variable til et absolut minimum. Vores indikatorer berører således kun forløb og overlevelse. På grund af et stigende ønske fra RKKP for at udvide indikator poolen mødtes database styregruppen oktober 2022 til et 1-dagsseminar vedrørende dette. Der fremkom flere forslag, som vi har arbejdet videre med mhp. på endelig evaluering og evt. implementering. I mellemtiden har vi som anført fået besked om at databasens Topica platform nedlægges, og at vi skal overgå til en ren registerbaseret database, hvilket vi er glade for. Vi forudser en travl og måske lidt kaotisk overgangsperiode op til årsrapporten 2024.
- DLGCG har nu fået sin egen hjemmeside med adressen dlgcg.dk Den er nyetableret med et meget basalt design, men vil blive videreudviklet i løbet af de kommende år.

Forskning med udgangspunkt i databasen:

Vi er som anført kun 3 HPB centre i DK, og arbejder tæt sammen både i og uden for DLGCG regi.

Hvert enkelt center har sine egne forskningsprojekter, men deltager også i multicenterprojekter på tværs af DK og ofte med deltagelse af nordiske afdelinger i Sverige, Finland og Norge.

Projekterne har ikke hidtil foregået direkte i DLGCG regi.

DLGCD er en forholdsvis ung database etableret i 2013.

Det tog et par år før indberetningen nærmede sig 90-100 %, så det er først de seneste par år at data er blevet så substantielle at der kan udføres forskning på dem. Der er som anført nu 3 protokoller i støbeskeen.

Patientinvolvering og samarbejde:

DLGCD fik for et par år siden 2 patientrepræsentanter, som nu er reduceret til 1.

Vi er på udkig efter en ny.

DLGCG har fortsat ikke patientrepræsentation.

Andet:

Eksempelvis møder eller arrangementer.