



# DMCG-retningslinjer

- opmærksomheder i den aktuelle proces

DMCG repræsentantskabsmøde  
23. november 2023

Henriette Lipczak

Vicedirektør, leder af Retningslinjesekretariatet

DANSKE MULTIDISCIPLINÆRE CANCER GRUPPER  DMCG.dk

## DMCG.dk Strategi & handlingsplan 2023-2025

Sammenslutningen af  
Danske Multidisciplinære  
Cancer Grupper



DMCG.DK STRATEGI & HANDLINGSPLAN 2023-2025

## 1. Evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus Evidens som grundlag for høj og ensartet kvalitet i patientforløbet

DMCG'erne udarbejder og opdaterer landsdækkende kliniske retningslinjer, der samler den foreliggende evidens i faglige anbefalinger. I en verden hvor ny viden kommer til i en lind strøm, er retningslinjerne stædet, hvor vi samler og formidler overblik over bedste evidensbaserede praksis. Anbefalingerne udspringer af en systematisk gennemgang af eksisterende viden på det givne område, og bygger på diskussion af litteraturen samt eventuelle regionale praksisforskelle, med henblik på at opnå enighed i de faglige miljøer på tværs af landet.

### Evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus

- |              |  |
|--------------|--|
| <b>Mål 1</b> | Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens   |
| Handling     | 1. DMCG.dk og DMCG.dk's Udvalg for Kliniske Retningslinjer håndterer i samarbejde med Retningslinjesekskretariatet udfordringer hhv. behov for justeringer i DMCG.dk's retningslinjeshæfter.<br>2. DMCG'erne opdaterer deres retningslinjer i den fælles DMCG-skabelon.  |
| <b>Mål 2</b> | Let og overskuelig adgang til godkendte landsdækkende kliniske retningslinjer på kraftområdet  |
| Handling     | 1. Retningslinjesekskretariatet offentliggør de godkendte retningslinjer i den fælles DMCG-skabelon på <a href="https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer">https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer</a> senest 1 uge efter administrativt godkendelse.<br>2. Retningslinjesekskretariatet sikrer tilgang til retningslinjer fra relevante digitale enheder.   |
| <b>Mål 3</b> | De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser  |
| Handling     | 1. Alle DMCG'er kommunikerer information om nye eller opdaterede kliniske DMCG-retningslinjer til de faglige miljøer senest 1 uge efter administrativt godkendelse.<br>2. Alle DMCG'er opdaterer/indfører nye og opdaterede retningslinjer på data-baseres styringsplatformer mhp. drøftelse af monitoreringsforslag.  |
| <b>Mål 4</b> | Retningslinjer skal dække relevante tværgående sygdomsområder med høj grad af samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet   |
| Handling     | 1. DMCG.dk understøtter, at der udarbejdes retningslinjer på tværs af sygdomsgrupper, som dækker tværgående emner.<br>2. De enkelte DMCG'er identificerer behov for, og bidrager til udarbejdelse af, tværgående kliniske retningslinjer.<br>3. Alle DMCG'er arbejder for, at der afskædes behov for udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for opfølgning, rehabilitering og palliation, med involvering af relevante faggrupper og de kommunale sundhedstribud. |



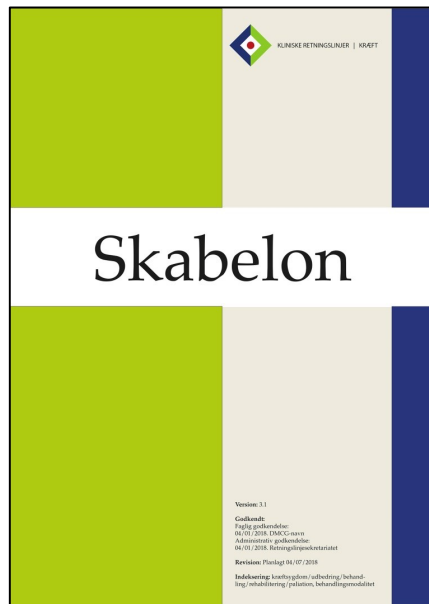
# DMCG-retningslinjemodellen



KLINISKE RETNINGSLINJER I KRÆFT



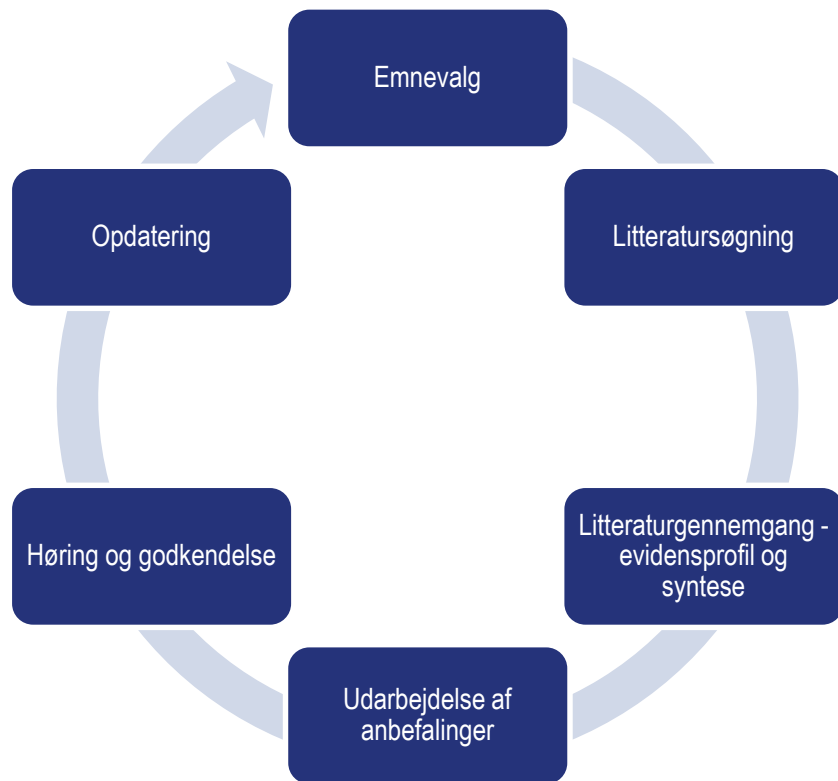
25 DMCGer  
DMCG.dk



Retningslinje  
sekretariat

3 elementer

# Udvikling af retningslinjer



Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger

Anbefaling	Evidensniveau	Behandling/ forebyggelse	Prognose	Diagnose	Sundhedskonomisk analyse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af prospektive kohorte studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier.
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg.	Prospektivt kohortestudie med > 80% follow-up.	Uafhængig blind sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og reference testen.	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	1c	Absolut effekt. (Alt eller intet)	Absolut effekt (Alt eller intet)	"Patognomoniske" testresultater.	Analyse, der sammenligner billigere, lige så gode eller værre, men dyrere, end bedre eller værre, men til samme pris.
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier.	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af homogene niveau 2 diagnostiske studier.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier.
	2b	Kohortestudie.	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg eller et prospektivt kohortestudie fra en testpopulation.	Uafhængig blind sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten, eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	2c	Databasestudier.	Databasestudier.		
	3a	Systematisk review af kliniske undersøgelser.			
	3b	Kliniske undersøgelser.		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitetanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
C	4	Opgørelser, kasustikker.	Opgørelser, kasustikker.	Referencetesten er ikke anvendt blindt og uafhængigt.	Analyse uden sensitivitetanalyse.
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på økonomisk teori.

Transparent evidensvurdering

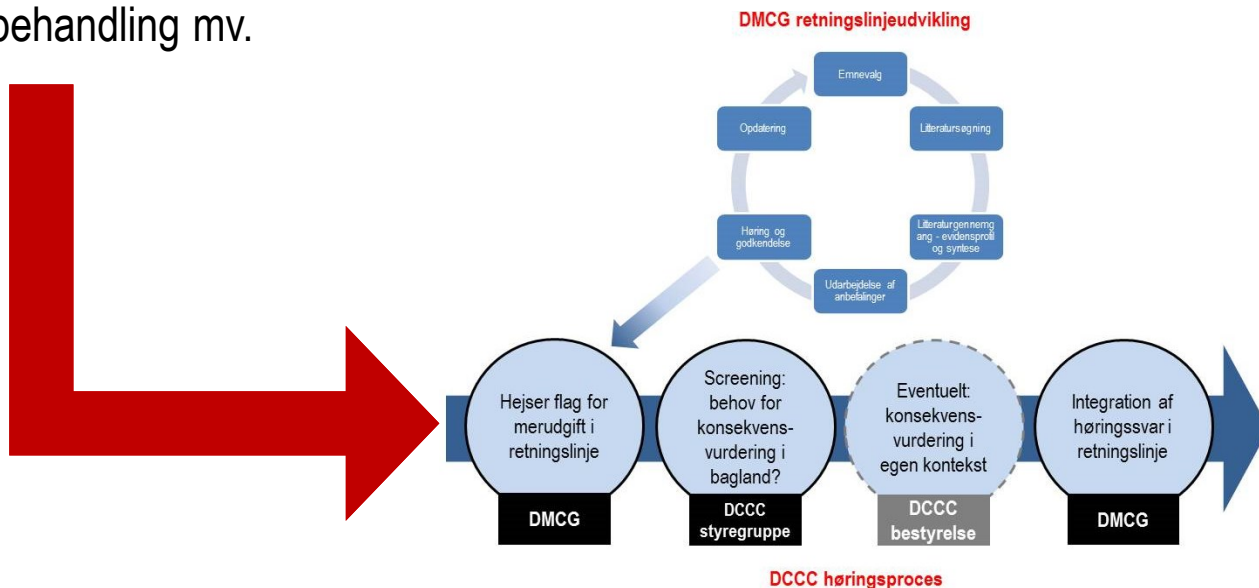
Udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations" (Maj 2008) [http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp#level](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#level)

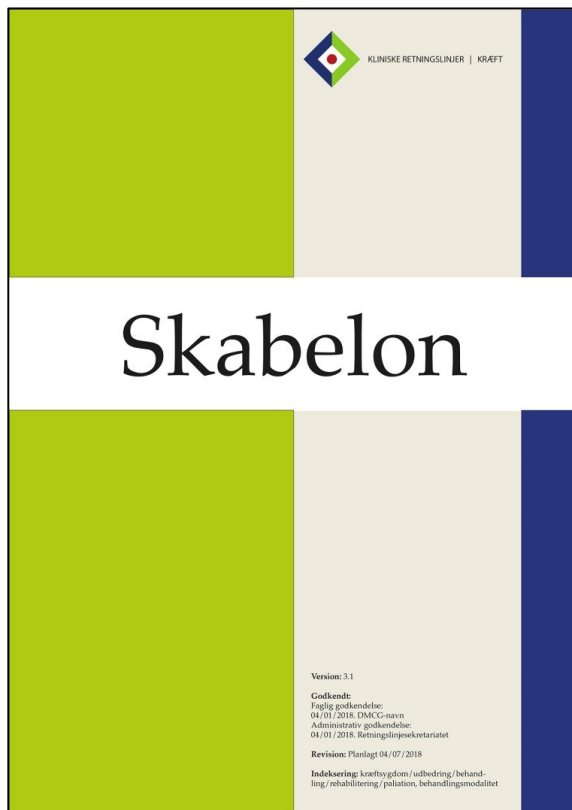
# Ensartet implementering



## Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Hvis en anbefaling vurderes at udløse en betydelig merudgift, noteres anbefalingens nummer og en kort beskrivelse af den estimerede merudgift her. Det kan f.eks. være krav til dyrt apparatur, ekstra tests, undersøgelser eller ambulatoriebesøg, mere ressourcekrævende behandling mv.





## Fra 2018: understøtte ensartet implementering

### Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Begrebet 'betydelig merudgift' er ikke nærmere defineret, men anvendes som betegnelse for udgifter og organisatoriske ændringer, som kræver vurdering på ledelsesniveau. DMCG.dk og Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) har indgået aftale om, at anbefalinger, der af forfatterne skønnes at udløse store budgetmæssige eller organisatoriske konsekvenser, sendes i høring og vurderes af DCCC's bestyrelse (regionernes sundhedsdirektørkreds).

Hvis en anbefaling af forfatterne vurderes at udløse en betydelig merudgift noteres anbefalingens nummer og en kort beskrivelse af den forventede merudgift her. Det kan f.eks. være behov for dyrt apparatur, ekstra tests, undersøgelser eller ambulatoriebesøg, mere ressource- eller tidskrævende behandling mv. Såfremt I vurderer, at en anbefaling er forbundet med betydelige merudgifter, og dette afsnit er udfyldt, vil I blive kontaktet af Retningslinjesekretariatet mhp yderligere beskrivelse af de tilhørende udgifter forud for præsentation for Sundhedsdirektørkredsen. Se detaljeret beskrivelse af processen [her](#). Anbefalinger, der af forfatterne vurderes at udløse øgede udgifter, men som ikke vurderes at skulle drøftes centralt på sygehusdirektørniveau, skal anføres under Bemærkninger og overvejelser i kap. 3, Grundlag.

Såfremt der IKKE er betydelige merudgifter ved anbefalingerne skal dette også anføres.

DMCG's navn	
Kontaktpersoner	
<b>Forfatter</b>	<b>DMCG formand</b>
Navn	Navn
Mail	Mail
Telefon	Telefon
Retningslinjetitel	
Anbefalingens nummer og ordlyd	
Anbefaling nr.:	
Anbefalingens ordlyd:	
Overvejelser vedr. anbefalingen og de tilhørende merudgifter	
Hvad er gevinsten ved den nye anbefaling? (Effekt på helbred og livskvalitet, herunder for hvilke og hvor mange patienter)	
Erstatter anbefalingen eksisterende procedurer, tests, behandlinger eller lignende? (Hvis ja: hvilke og hvor mange)	
Hvilke organisatoriske og økonomisk konsekvenser skønnes den nye anbefaling at have?	
Medfører anbefalingen et behov for, (efter-)uddannelse af personale eller nyanskaffelser? (Hvis ja: anfør hvilke og skønnet omfang)	
Er der faglig konsensus om anbefalingen på tværs af landet?	
Øvrige bemærkninger eller kommentarer	
Anfør øvrige overvejelser og input til implementeringen, herunder forslag til plan for efteruddannelse, omlægning af arbejds gange etc.	





## Opmærksomhedspunkter/ønsker

- Bedre generel information og støtte til at belyse de forventede merudgifter - DMCGerne leverer faglige skøn, ikke egentlige sundhedsøkonomiske vurderinger
- Ønske om løbende information om processen, f.eks. hvornår bliver sagen behandlet og hvornår kan svar forventes
- Reduktion af DCCC-høringsprocessens varighed
- Ønske om direkte, mundtlig dialog med DCCC-bestyrelsen
- Hurtig, skriftlig formidling af DCCC/beslutning til både DMCG og Retningslinjeseekretariat



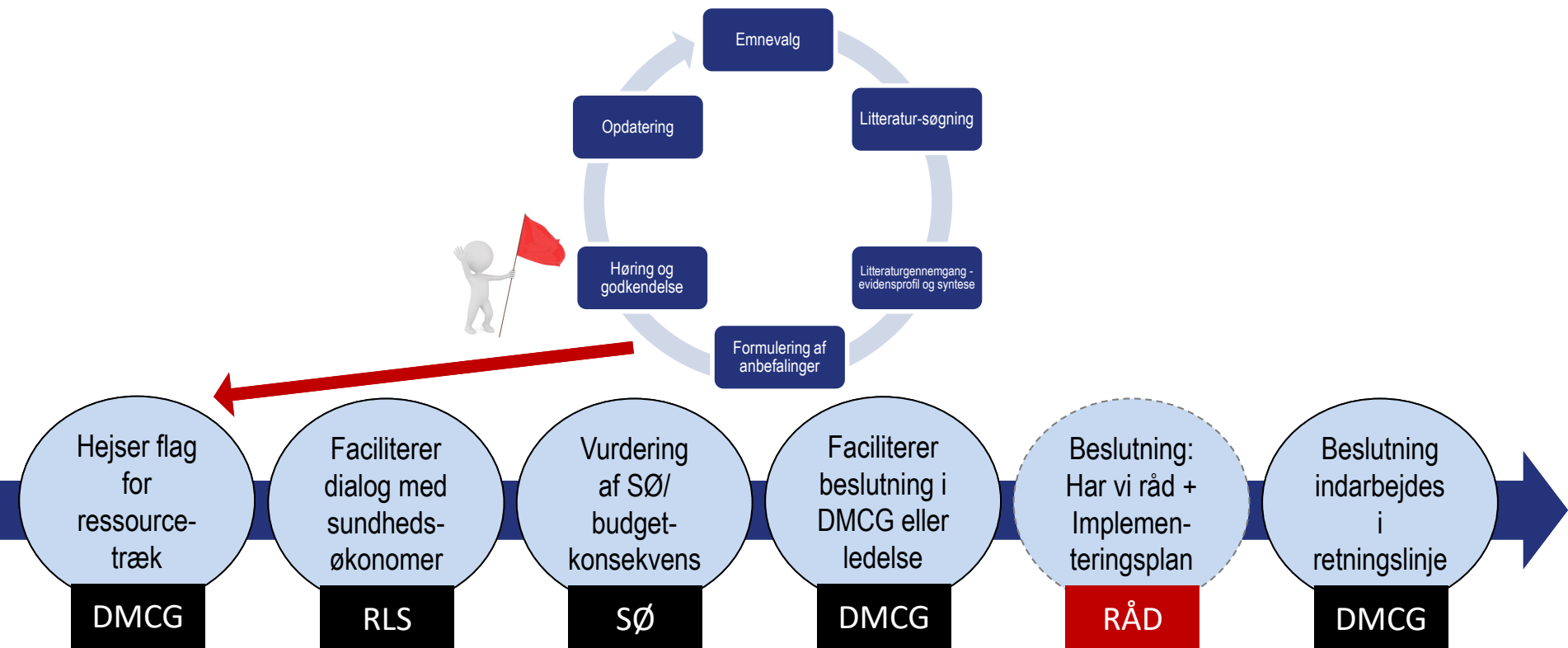


- Ressourcerne i SUV er begrænsede
- Behov for at sikre balance mellem faglige ambitioner og ressourcer

*Klinikerne vælger fra øverste hylde – de har kun blik for deres eget speciale*

*De ansatte oplever, at de skal gøre alt, hvad der står i retningslinjerne – det fører til moralsk stress, for det ikke kan lade sig gøre, fordi ingen har tænkt økonomi ind i retningslinjerne*

*Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering*



# Flere 'do not'-anbefalinger?



## 3. Anvend ikke rutinemæssigt billeddiagnostiske undersøgelser hos asymptomatiske patienter uden biokemisk recidiv (Stærk)

### Opfølgning af prostatacancer

#### Version 2.1

**Godkendt**  
Faglig godkendelse  
8. november 2022 (DaPaCa)  
Administrativ godkendelse  
8. marts 2023 (Sekretariat for Kliniske  
Retningslinjer på Kræftområdet)

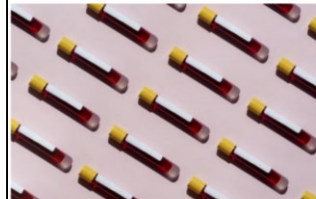
**Revision**  
Planlagt: 1. oktober 2023

**Indeksord**  
Opfølgning, PSA, PSA-recidiv, billeddiagnostik

### Diabeteskonsultation

Undgå unødvendige diabeteskonsultationer af personer med velbehandlet diabetes.

[Læs mere](#)



### Blodprøver

Undgå at bestille blodprøver uden klar indikation og betydning for patientens forløb, samt at bestille blodprøver hvis relevante prøvesvar allerede findes.

[Læs mere](#)

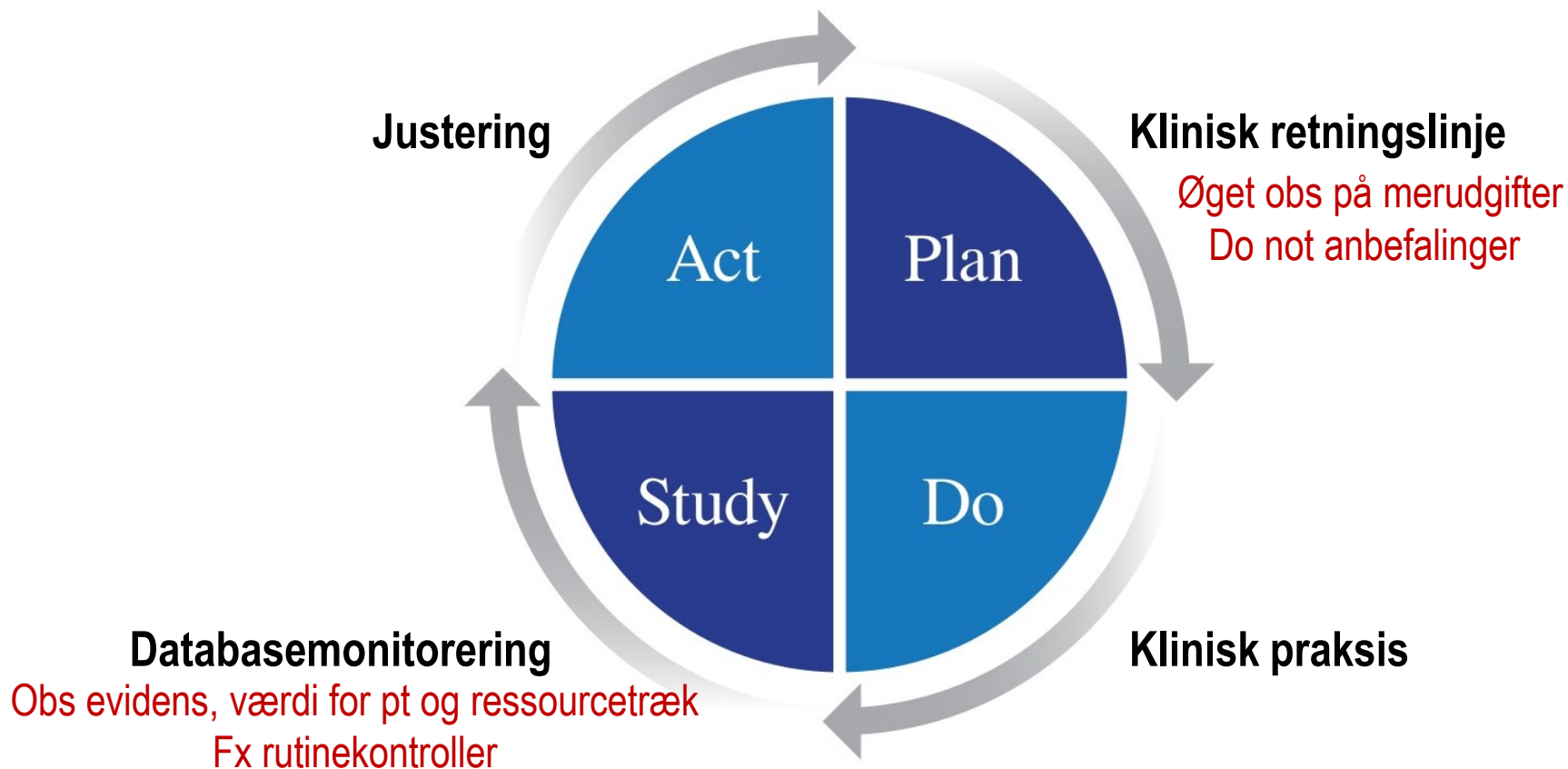
### Antibiotika - luftveje

Undgå at give antibiotika til øvre luftvejsinfektioner såsom bihule-, mellemøre- og Halsbetændelse, når der ikke er klare tegn på bakteriel infektion.

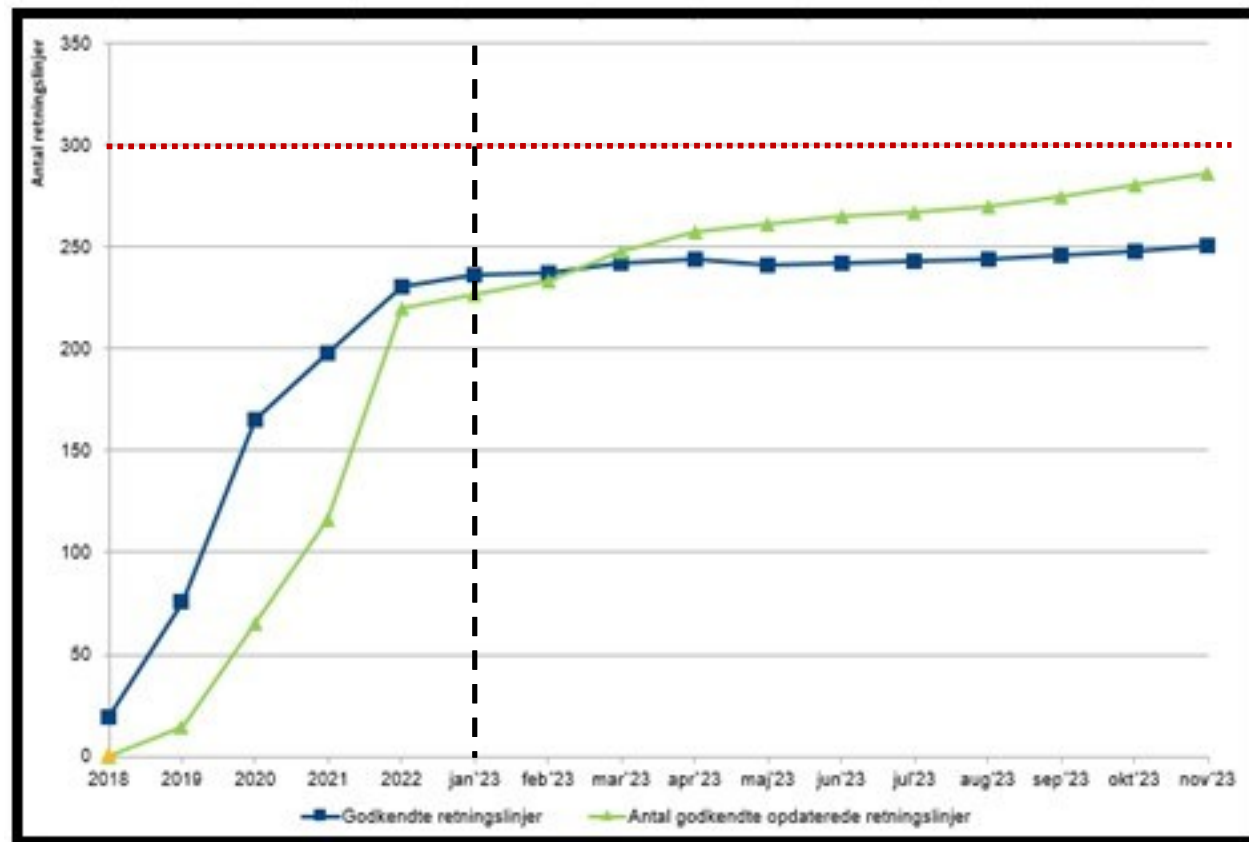
[Læs mere](#)



  
**VÆLG  
KLOGT**

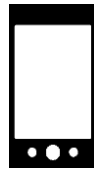


# Status: november 2023

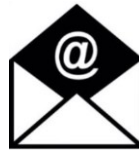




## Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet Vicedirektør Henriette Lipczak



2446 3531



[henlip@rkkp.dk](mailto:henlip@rkkp.dk)



Rigshospitalet  
Ryesgade 53B, 3. sal  
2100 København Ø

