

# DMCG-Samling II 2021

**Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)**

**Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG)**

**Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG)**

**Dansk Bryst Cancer Gruppe (DBCG)**

**Dansk Colorektal Cancer Gruppe (DCCG)**



# DMCG-Samling II 2021, den 11. oktober 2021

**Rapport** v. Michael Borre, formand DMCG-Samling og DMCG.dk.

## Mødedeltagere:

DMCG Samling/DAPROCA: Michael Borre

DMCG Samling Sekretariatet: Mette Krarup

DLCG: Torben Riis Rasmussen, Erik Jakobsen

DCCG: Camilla Qvortrup, Jon Kroll Bjerregaard, Rikke Hagemann Madsen, Mads Klein

DBCg: Peer Christiansen, Maj-Britt Jensen, Bent Ejlersen, Anne-Vibeke Lænkholm

DGCG: Lars Fokdal, Mikkel Rosendahl

RKKP: Jens Winther, Henriette Lipczak, Mette Roed Eriksen, Else Helene Ibfelt, Henriette Engberg, Sisse Njor, Marianne Steding-Jessen

DMCG.dk FU: Paw Jensen, Jens Overgaard

DARENCA: Lars Lund

DMCG-PAL: Mogens Grønvold, Henrik Larsen

DCCC: Afbud

Danske Regioner: Erik Jylling

Region Syddanmark: Peter Sørensen

Region Nordjylland: Jan Mainz

Region Sjælland: Mads Nordahl Svendsen

Region Hovedstaden: Jonas Egebart, Jens Hillingsø

Region Midtjylland: Anni Ravnsbæk Jørgensen

Kræftens Bekæmpelse: Søren Worsøe Laursen

Sundhedsdatastyrelsen: Lisbeth Nielsen

Sundhedsstyrelsen: Afbud

## Dagsorden

Pkt.	Emne	Auditører
1	Velkomst, præsentation og indledning v/Michael Borre	
2	<b>DGCG</b> Beretning og auditering i plenum	DCCG & Lars Lund
	<b>DLCG</b> Beretning og auditering i plenum	DBCg & Jens Overgaard
3	<b>Tema – oplæg og diskussion</b> 1) Kvalitetsbegreber og auditering v/Jan Mainz, professor og direktør 2) Sundhedsdata v/Lisbeth Nielsen Datadirektør, Sundhedsdatastyrelsen	
	<b>DBCg</b> Beretning og auditering i plenum	DLCG & Paw Jensen
4	<b>DCCG</b> Beretning og auditering i plenum	DGCG & Michael Borre
5	Afrunding og skitsering af plan for opfølgning v/ MB	

## Kort om baggrunden:

Aktuelle DMCG-Samling baseret på DMCG'ernes årsberetninger og årsrapporter er den anden handling i rækken af 3 påtænkte årlige kvalitetstjek på kræftområdet. Forummet er tænkt som en interkollegial lærende auditering med udgangspunkt i DMCG'ernes årsberetninger og databaseårsrapporter. Et vigtigt fokus er DMCG-visionens pejlemærker. Her vil være mange succeser til gensidig læring, men også udfordringer til identificering og varetagelse.

Samlingerne ønskes samtidig i en fælles forståelse af vilkår og indsatser at optimere dialogen mellem de kliniske DMCG'er, RKKP, relevante styrelser, øvrige organisationer på kræftområdet samt ikke mindst regionerne – i et ønske om et fortsat kvalitetsløft af kræftområdet.



Det er ambitionen, at Samlingerne kommer til at foregå for åbne døre med fri adgang for alle med interesse i varetagelsen af området.

Opfølgning på samlingerne vil foregå ved en efterfølgende direkte dialog med de auditerede DMCG'er fulgt af et referat, som ved årets afslutning vil danne grundlag for en samlet årsrapport.

Næste DMCG-Samling finder sted den 19. maj 2022.

## Auditering 1

### DGCG, Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

Auditører: Lars Lund og DCCG

Gruppens nye formand Lars Fokdal, flankeret af næstformand Mikkel Rosendahl, præsenterede indledningsvist DGCG, dets organisering samt udvalg inkl. databasestyregruppe.

**Årsberetningen 2020** vidner om, at arbejdet også i denne DMCG har været udfordret af de mange Covid-restriktioner. Det til trods, har der i guidelinegrupper været stor aktivitet og man er godt i gang med revision af retningslinjerne for alle fem gynækologiske kræftsygdomme.

**Udfordringer:** DGCG er udfordret af dels de mange diagnoser, men også i rekruttering af læger til DMCG-arbejdet. Det nævnes specifikt, at DMCG-arbejdet bør prioriteres højere af regionerne, da presset i driften er så stort, at det er svært at finde tid til dette vigtige arbejde. Afslutningsvis bemærkes, at der til gengæld har været stor hjælp/velvilje at hente i Retningslinjesekretariatet under DMCG/RKKP.

**Indsats:** Færdiggørelse af retningslinje-omlægning i ny skabelon. Håber på at arbejdet vil kunne tilvejebringes i løbet af 2022.

Der præsenteres data vedr. overlevelse efter en landsdækkende adoption af minimalt invasiv robotkirurgi for livmoderhalskræft i tidligt stadie. Hovedresultatet er, at der i Danmark ingen forskel er på overlevelse mellem åben- og robotkirurgi. DGCG har sammen med Center for Fælles Beslutningstagning på Sygehus Lillebælt deltaget i projektet "*Sammen om valg – et trygt forløb for den gynækologiske kræftpatient*". Målgruppen har været kvinder med æggestokkræft, der skal påbegynde onkologisk behandling. De to udviklede beslutningsværktøjer anvendes nu rutinemæssigt i de onkologiske afdelinger i Vejle, Odense og Aarhus.

**Indsats:** Udover implementeringen i resten af landet er planen, at vedligeholdelsen af beslutningsværktøjet skal foregå i ovariecancergruppen, således at det sikres, at tilbudet er ens i hele landet og til enhver tid er revideret og i tråd med behandlingsvejledningen.

**Årsrapporten** skulle være udkommet 2020, men udkom i juni 2021 grundet mangler i primært LPR3. Dækningsgraden ligger flot på 93% - lovkrav >90%. Den samlede incidens på diagnoserne ligger stabilt på omkring 2.000 patienter årligt. Indikatorsættet i DGCG's årsrapport dækker hver enkelt diagnose. Udover kvalitetsindikatorer dækker årsrapporten baggrundsuplysninger samt overlevelse. Årsrapporten rummer nye indikatorer sv.t. "onkologisk" indsats ved cervixcancer, kirurgiske indsatser ved ovariecancer og endeligt i forhold til afholdelse af MDT-konferencer for endometriecancer.

**Indsatser:** Kvalitetsindikatorerne ønskes løbende fornyet/suppleret, ligesom onkologer ønsker at registrere mere til databasen, således at hele sygdomsforløbet dækkes bedre. Det bør afklares, hvorvidt registreringen af MDT-konferencerne i SP/LPR er korrekte.

Overlevelsen hos kvinder med ovariecancer er i DK helt på højde med andre lande i Europa – til trods for at 1/3 ikke får tilbudt operation. Forklaringen kan være, at vi i Danmark er bedre til at selekttere de patienter der har gavn af operation. DGCG ønsker at se nærmere på denne problemstilling.

**Status:** Afventer variabellister/metafiler fra RKKP. Ny viden – behandlingsprotokoller registreres på DGCG's web og forskningsniveauet er højt. Flest mulige patienter tilbydes protokolleret behandling. Protokolleret test af effekten af ny dyr behandling.

**Indsatser:** Generelt ønskes DGCG organisationen synliggjort, ligesom der er et stort ønske om - på afdelingsniveau - at få direkte adgang til egne data. Tilgængelighed for primær sektor via onkofon. Videreudvikling af MDT-konference konceptet. Ønske om overførsel af data fra Patobank, samt opsamling af PRO i databasen.

**Udfordringer:**

Det er en udfordring, at DGCG kvalitetsdatabasen i udgangspunktet (2005) blev designet som en udtalt forskningsdatabase og i dag skal varetage opgaven som kvalitetsdatabase, kvalitetsdatabasens indhold bør derfor generelt slankes.

Mangler automatisk datatræk fra patobank.

DGCG har mange sjældne diagnoser der behandles af relativt få læger. Derudover oplever mange læger enorm travlhed på arbejdet hvorfor det kan være vanskeligt med rekruttering af læger til DMCG-arbejdet

I DGCG ville vi gerne øge antallet af patienter i protokolleret behandling men det koster ressourcer at inkludere patienter i kliniske studier. Et forslag kunne være, at afdelingerne honoreres direkte for inklusion af patienter i protokoller?

Sundhedsjura har betydet, at det er vanskeligt at dele data mellem regionerne. Det er vigtigt at sundhedsjuraen tolkes ens i de forskellige regioner og muliggør at man kan dele forskningsdata mellem de 5 regioner.

Udfordringer: Patientinvolvering og opsamling af PRO i databasen.

**KOMMENTARER:** Stor ros for retningslinjearbejdet. Fem protokoller, 11 projekter og 13 publikationer vidner om flot videnskabelig indsats.

Det er en meget kompleks DMCG. Der spørges til og redegøres for, hvorledes data diskuteres og kommenteres. Der savnes en kobling mellem kliniske retningslinjer og kvalitetsindikatorerne, hvilket der arbejdes på.

Outcome-data er begrænset af de små "sjældne" sygdomme. Når tal er små, hvordan opgøres de? På årsbasis eller? Overlevelsen fra center til center kan variere meget. Ønsket er at arbejde med 5-års-tal, men udfordringen med den model er, at tallene så bliver så gamle, at man har svært ved at anvende dem til kvalitetssikring af aktuel behandling. Det foreslås, at man tager de helt sjældne diagnoser ud af databasen og kører dem over i en ren forskningsdatabase.

Vedligeholdelsen af den komplekse database er krævende – "en kolods på lurfødder", som klart bør slankes.

I ønsket om klinisk kvalitet på dagsordenen efterlyser den sundhedsfaglige kreds (RH), - hvis man skal løfte fra ledelsesmæssig side - fokus på nogle udvalgte af rapportens

områder. Kan DGCG så hjælpe med at udpege? Det handler om patienter, ikke databasen.

Der mangler onkologiske data? Hvilke? Onkologerne meldte sig i sin tid "ud" af databasen grundet manglende ressourcer. Der er mange af disse data, så problemet er nok, at data ikke indtastes i databaserne. Ville det gavne at indhente informationer vedrørende lægemidler? – Ja!

Det bemærkes, at får man ikke data ind direkte, mister man vigtig viden. Bydende nødvendigt med tidstro registrering. En årsberetning læses af 'de høje herrer', så skriv også om stort og småt - podcasts etc.

## Audit 2

### Dansk Lunge Cancer Gruppe, DLCG

Auditører: Jens Overgaard & DBCG

**Årsberetningen** 2019-20 præsenteres af DLCG formand Torben Riis Rasmussen. DLCG har i perioden været særligt optaget af konvertering af kliniske retningslinjer til ny DMCG-skabelon; overgangen til LPR3, hvor stadieklassifikation af samtlige patienter i DLCR har været mangelfuld; etablering af mesotheliom-database under DLCR; samt iværksættelse af forskningsprojekter under det nyetablerede Dansk Forskningscenter for Lungekræft. Det sidste tiltag skal gøre DLCG til en mere forskningsorienteret kvalitets-database.

**Udfordring:** Ved overgang til LPR3 opleves stadieklassifikation af samtlige patienter i DLCR mangelfuld.

**Indsats:** DLCG's speciale-arbejdsgrupper overvåger til stadighed udviklingen indenfor de forskellige aspekter vedr. lungecancer. Senest har udviklingen på det onkologiske område gået hurtigt – men også været udfordret af godkendelse i Medicinrådet.

**Udfordring:** Ventetid i Medicinrådet på godkendelse af nye medicinske behandlinger. Der er 8 aktive forskningsprotokoller i DLCG-regi og der er forsvaret en ph.d.-afhandling i 2019 på baggrund heraf. I 2019 og 2020 blev der publiceret henholdsvis 16 og 20 artikler vedr. lungecancer.

**Indsats:** DLCG's forskningsaktivitet forventes stærkt udbygget i forbindelse med etablering af Dansk Forskningscenter for Lungekræft.

**Indsats:** DLCG/DLCR har deltaget i gennemførelse af nationale og internationale kvalitetsprojekter. Da kvalitetsdata ved sammenligning med resten af landet har påvist signifikant bedre overlevelse i Region Nord, har DLCG aflagt Aalborg et læringsbesøg.

**Årsrapport** 2020/2019 præsenteres af databasestyregruppens formand Erik Jakobsen. Databasen indeholder aktuelt over 81.000 patienter, hvilket skønnes at udgøre 95% af den samlede patientpopulation. Incidensen er stagnerende, men prævalensen er stigende. I modsætning til tidligere rammes flere kvinder (52%) end mænd af lungecancer. På regionalt niveau er der 10% forskel på absolut 5-års overlevelse, som formentlig kan tilskrives en tilsvarende variation af sygdomsstadiet ved diagnosen.

**Indsatsområder:** Regionale forskelle. Herunder ønsker DLCG at afkode årsagen til de særligt gode behandlingsresultater i Region Nord sammenlignet med resten af landet. Angivelse af outcome i form af "absolut overlevelse".

Optimering af kardinalvariablen "klinisk TNM-stadieinddeling"

Yderligere og mere detaljeret "onkologisk" registrering – herunder at kunne skelne mellem kurativ og pallierende behandling, ligesom strålebehandlingsdata skal udbygges.

Adgang til Sygehusmedicinregisteret.

Udvidet patologiregistrering – inkl. prognostiske og prediktive markører.

Håber på i løbet af 2022 at færdigudvikle en model for PRO, hvor patienten udfylder og data herfra går direkte ind i databasen.

Indikatorerne 'overlevelse med og uden kirurgi' ligger begge pænt. Hver tredje patient tilbydes kurativ initieret behandling, mens resten får levettidsforlængende palliativ behandling.

**KOMMENTARER:**

Der er gode indsats til sikring af ensartet kvalitet i diagnostik og behandling af lungecancer samt sikring af, at behandlingen er af international standard.

Datakompletheden påpeges med stor forskel fra afdeling til afdeling. Nogle patienter kommer ikke i LPR3.

Kirurgi 'bedste behandlingstilbud'.

Der spørges ind til, hvorledes det sikres, at de kliniske retningslinjer bliver fulgt og om hvad "onkologisk" kvalitet er for en størrelse – er det ensartet behandling eller?

Behandling opgives stadiet opdelt.

Der efterlyses prædiktive markører.

DLCG/DLCR fungerer og tallene bliver bedre og bedre år for år.

Det udgør dog et indsatsområde at få tydeliggjort forskningsresultaterne i både årsberetning og årsrapport.

"Onkologiske" data har hidtil været en mangelvare.

DMCG'en udfordres på sin multidisciplinaritet. DOLK forklares inkorporeret på linje med udredning og kirurgi, selvom der ikke er meget på skrift at finde herom.

Der efterlyses evidensbaseret forskning og aktivitet i det nyetablerede Danske Forskningscenter for Lungekræft.

En international benchmark ift. overlevelse vurderes relevant, men aktuelt ikke en mulighed i forhold til at trække data ud af DLCR i den nuværende form.

Der spørges ind til, hvad DLCG vil med PRO ift. patientgruppen?

Der efterlyses beskrivelse af, hvorledes kvalitetsindikatorernes standarder fastsættes og hvad udsigten til at få dem revideret er?

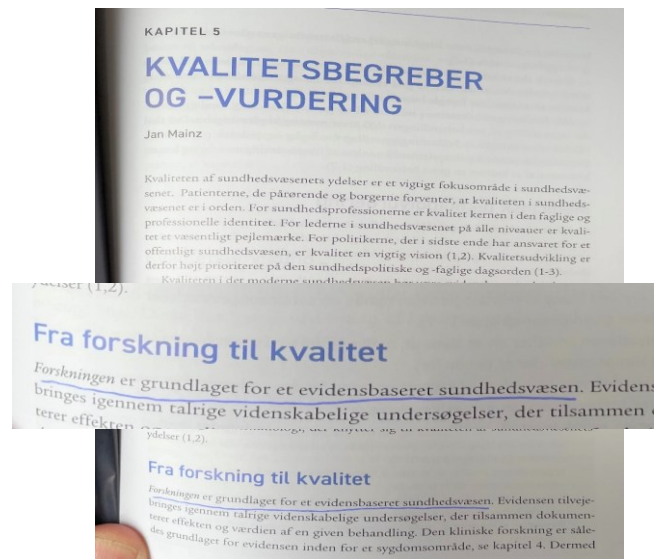
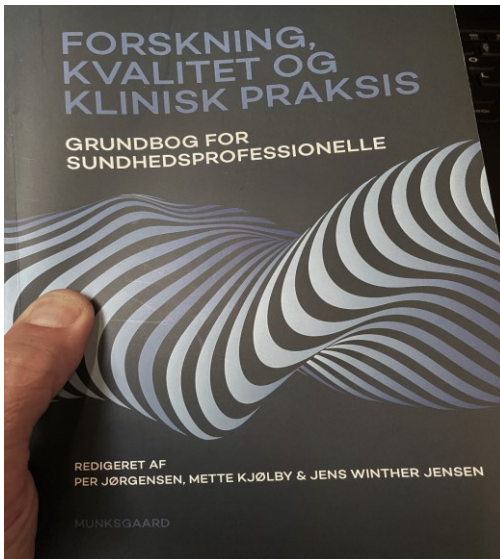
Manuel indtastning udgør ca. 25%. Den automatiske datahøst fra LPR er arbejdsbesparende og udgør 75%.

Forholdet at skelne mellem forsknings- og kvalitetsdatabase bemærkes mærkelig.



## Tema – oplæg og diskussion

**Jan Mainz** gav en historisk samt teoretisk gennemgang af kvalitetsbegreber og audits.



Jan Mainz har skrevet et kapitel om sin metier i den nye grundbog "Forskning, kvalitet og klinisk praksis".

**Lisbeth Nielsen** gav en efterspurgt status på sundhedsdatasituationen, som bl.a. andet indeholdt nedenstående.

LPR3 er i stabil drift og overføres til RKKP med hyppigere opdateringer og nye muligheder i forhold til resultatindberetning.

Sygehusmedicinregistret (SMR) har været i drift siden januar 2021

Sagsbehandlingstid i Forskerservice - Servicemål: 30 dage  
Der arbejdes aktivt med at nedbringe sagsbehandlingstiden

ICD-10 til ICD-11 – i drift måske 2027.

Vision omkring bedre brug af sundhedsdata.  
Sammenhængende ansøgnings- og godkendelsesproces.  
Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen.  
DNKK midler omprioriteres.

### Kommentar:

Da cancerregistret i gamle dage lå under Kræftens Bekæmpelse var data perfekte, nu hvor det ligger under SDS, er registret langt fra perfekt og fejl kan ikke rettes.

## Audit 3

### Dansk Bryst Cancer Gruppe, DBCG

Auditører: Paw Jensen & DLCCG

**Årsberetningen** 2019-20 præsenteredes af Maj-Britt Jensen og Anne-Vibeke Lænkholm, mens den tidligere formand Peer Christiansen præsenterede årsrapporten.

DBCG har revideret statutterne og herunder slettet klausul om, at formanden skulle være valgt fra Dansk Kirurgisk Selskabs udpegede medlemmer af bestyrelsen. Siden er Peer Christiansen efter en lang funktionstid som formand blevet erstattet af klinisk onkolog ved Aarhus Universitetshospital, professor, overlæge, ph.d. Birgitte Vrou Offersen.

Aktiviteten i 2020 har været præget af COVID restriktioner. Der er fortsat stor aktivitet i forhold til forskningsprotokoller og der er i regi af DBCG publiceret 600 videnskabelige artikler – hvilket svarer til gennemsnitligt 15 om året. I 2020 blev der således publiceret 43 videnskabelige artikler omhandlende forskellige aspekter af brystkræft.

**Udfordring:** I kølvandet på GDPR-regler og decentralisering af datatilsynsforordningerne er der opstået tiltagende problemer af juridisk karakter, der har ført til store problemer med afvikling af landsdækkende videnskabelige forsøg. Kliniske data er næsten umulige at dele på tværs af regioner samt mellem hospitalerne og universiteterne.

**Indsats:** Meget af året er gået med opdatering og overføring af de kliniske retningslinjer i ny skabelon.

Kom dog ikke i mål i 2020, men forhåbentlig meget snart.

**Udfordring:** DBCG's retningslinjer dækker hele behandlings- og opfølgingsforløbet samt rehabilitering. Det er kun palliation, der ikke er dækket af en specifik retningslinje.

**Indsats:** Specifikke vejledninger for palliativ indsats forventes lavet i samarbejde med DMCG'en for Palliation (DMCG-PAL).

**Udfordring:** Der er aktuelt ingen patientrepræsentanter i databasestyregruppen.

**Indsats:** Det er imidlertid besluttet, at der skal være patientrepræsentanter i databasestyregruppen, ligesom, der allerede er i DBCG's bestyrelse. Der er rettet henvendelse til patientorganisationer herom.

### Årsrapport:

DBCG's kvalitetsdatabase var den allerførste af sin slags og således den første kræftgruppe, som lavede en kvalitetsindikatorrapport i starten af 0'erne.

DBCG anvender typisk forskningsdata til kvalitetsmonitoreringen, da der ikke findes tilsvarende data i decentrale registre.

Patientforløbene for brystkræft (udredning, patologi, kirurgisk og onkologisk behandling samt opfølgning) er alle i et eller andet omfang dækket af årsrapportens 13 kvalitetsindikatorer.

Datakompletheden er for alle indikatorer: 100% og indikatorsættet justeres jævnlige.

Standarderne for flere områder er løbende hævet, hvis tallene har været "for gode". Der måles på forskellige indikatorer og tjekkes for regionale variationer.

Årsrapporten viser, som tidligere rapporter, at kvaliteten af udredning og behandling af brystkræft i Danmark ligger på et højt niveau over hele landet. Om end fortsat ikke i mål, er der sket væsentlige forbedringer med hensyn til indberetning af opfølgingsforløb.

**Udfordring:** I forhold til udredningsfasen findes der behov for en bedre diagnostisk udredning med hensyn til detektion af de patienter, der har lymfeknudemetastaser (indikator 9). Der er en meget stor variation centrene imellem.

**Indsats:** Der er behov for en såvel lokal men også central indsats i forhold til at vurdere behovet for yderligere tiltag.

I forbindelse med den primære behandling vurderes forekomsten af lokalt recidiv (indikator 6) overordnet tilfredsstillende.

**Indsats:** I forhold til at honorere standarden (2,5%) for forekomst af lokalt recidiv ses en statistisk signifikant variation afdelinger imellem.

Behandling med neoadjuverende kemoterapi i forbindelse med tilbud om brystbevarende behandling er en ny behandlingsstrategi og monitoreres igennem to indikatorer.

**Indsats:** Der er endnu ikke defineret en standard for disse indikatorer, men styregruppen finder monitorering inkl. standarder på området for vigtige.

Adjuverende systemisk behandling af højrisikogruppen (>90% af alle patienter med tidlig brystkræft) monitoreres gennem andelen af patienter, der inkluderes i anbefalede DBCG-behandlingsregimer (indikator 4).

**Indsats:** Standarden på 85% opfyldes ikke på landsplan, og det anses for ikke tilfredsstillende. En inkomplet indberetning kan have betydning for de ikke tilfredsstillende resultater. Der skønnes fortsat behov for yderligere forbedring af indberetning af behandlingsdata for hele behandlingsforløbet.

Hvor det er indiceret modtager gennemsnitlig 91% strålebehandling efter mastektomi (indikator 8b), hvilket overordnet anses for tilfredsstillende.

**Indsats:** Der er en del variation fra afdeling til afdeling, hvor en enkelt ligger signifikant under standarden med behov for internt audit.

Patienter, der har gennemgået behandling for brystkræft eller brystkræftforstadium, skal tilbydes opfølgende mammografi, indtil det fyldte 79 år. Den samlede opfyldelse af indikatorværdien på dette område ligger dog kun på 88%, hvilket anses for utilstrækkelig. En enkelt region (Region Syd) ligger dog over standarden på 90%.

**Indsats:** Der findes behov for at Region Nord og Region Midt gennemgår deres resultater med henblik på forbedring.

**KOMMENTARER:** Stor ros til DBCG generelt og såvel årsberetningen som årsrapporten er "givende læsning". Ligeledes roses den store indsats på retningslinjearbejdet og ikke mindst den imponerende store forskningsaktivitet med 43 videnskabelige artikler i 2020. Fortsat lidt tynd på "patientinvolveringen" i forhold til den paliative indsats.

Det kan være svært at danne sig et overblik over databasen pga. de mange diagnoser - en idé at få undergrupper? Men det er grundlæggende en rigtig god årsrapport, som afspejler en høj kvalitet i hele landet. Dog savnes en bedre opfølgning: "hvordan går det patienterne"?

Der mangler kun få parametre ift. DMCG strategien. Senfølger – hvor overlevelsen er rigtig god, hvad gør man så ift. livskvaliteten?

Det bemærkedes at 12 af de i alt 13 kvalitetsindikatorer udgøres af procesindikatorer.

Økonomien DMCG'erne imellem bemærkes med betydelige forskelle.

GDPR-regler og administrativt bøvvl er desværre et universielt problem for al klinisk forskning.

## Audit 4

### Dansk Colorektal Cancer Gruppe, DCCG

Auditører: Michael Borre & DGCG

**Årsberetningen** samt et historisk overblik over DCCG.dk præsenteres ved Camilla Qvortrup, mens Jon Kroll Bjerregaard redegjorde for den seneste årsrapport.

Arbejdet i DCCG har som alt andet i 2020 været præget af COVID-19 situationen.

Hjemmeside DCCG.dk, som løbende opdateres af webmasteren, besøges flittigt. Således besøgte hjemmesiden i 2020 4.000 gange om måneden med 13.400 sidevisninger og 63.100 månedlige søgehits.

Ultimo 2020 var der omlagt i alt 23 kliniske retningslinjer til ny skabelon og herudover er 13 retningslinjer revideret og ændret til vejledninger.

DCCG har stor forskningsmæssig aktivitet og danner grundlag for 15–25 publikationer årligt. Gruppens videnskabelige udvalg har gennem ny forretningsorden netop udarbejdet en tydeliggørelse af ansøgningsprocesser samt sikring af bred national repræsentation.

**Indsats:** DCCG planlægger et selvinitieret MDT 'kursus' om fælles beslutningstagning i 1. kvartal 2022.

**Indsats:** Der er nedsat adhoc arbejdsgrupper ift. PRO.

**Udfordring:** Den manglende tid til klinikerne til udarbejdelse af de kliniske retningslinjer samt andet DMCG arbejde.

**Udfordring:** DCCC bestyrelses (sundhedsdirektørkredsen) høringsprocessen vedr. retningslinjer med merudgift.

**Udfordring:** DCCC har gennem flere år ikke været i stand til at finde radiologer til at indgå i DMCG's arbejde.

### Årsrapporten

I 2020 er der registreret 4.032 patienter i databasen. Implementeringen af LPR3 er nu - om end med forsinkelser - sket fyldestgørende. Der er en meget tilfredsstillende dækningsgrad på 98%.

Der er udarbejdet algoritmer til sikring af en automatiseret datahøst fra centrale registre. Således er der data for de seneste 2 år vedrørende adjuverende onkologisk behandling.

**Indsats:** Der mangler fortsat data på den onkologiske behandling af metastaserende sygdom pga. manglende ressourcer til udvikling af egnede algoritmer.

Der ønskes brug af den såkaldte "Lash-algoritme", til at indhente data om recidiv via Landspatientregisteret og Patobank, men dette er endnu ikke lykkedes grundet kapacitetsudfordringer i RKKP.

**Indsats:** DCCG mangler således fortsat mulighed for at rapportere data om langtids onkologisk outcome: recidiv.

I forhold til 5-års overlevelse har Danmark ved Nordisk benchmarking i NORDCAN hidtil ligget lavest, men ligger nu øverst, hvilket ikke kan tilskrives en screeningseffekt.

Til trods for, at syv afdelinger endnu ikke opfylder standarden for indikator 1, vurderes MDT konferencen at være blevet en integreret del af patientens vej.

Standarden for den histopatologisk diagnostik af adenokarcinom i et lokalresektat (indikator 2) opfyldes kun i én enkelt region.

**Indsats:** Det anbefales at afdelingerne auditerer deres data mhp. årsag til den opfyldelse af indikatoren – manglende registrering eller personale.

Standarden ( $\leq 2\%$ ) i forhold til indikator 3a: anastomoselækage ved kolonresektion med ileo-kolisk anastomose er opfyldt på landsplan.

**Indsats:** Der er nogen regional variation (0,5-3,2%) og ni afdelinger opfylder ikke standarden.

Antallet af 'postoperativ død efter elektiv kirurgi' er overordnet meget beskedent.

**Indsats:** Indikatorerne (5) vedr. 'postoperativ død efter elektiv kirurgi' anbefales belyst med yderligere data til sikring af en opkvalificering.

Standarden (90%) for indikator 7: "Specialistoperation ved akut koloncancer resektion" opnås ikke på 8 ud af 17 afdelinger. Det bemærkes, at Herlev igennem de seneste 3 år har afvejet signifikant fra standarden. Herudover bemærkes der som tidligere år en betydelig regional variation i antallet af patienter, som opereres akut, med absolut størst antal patienter på afdelingen i Odense.

**Indsats:** Regionerne anbefales at fastlægge en strategi for behandling af akutte patienter med koloncancer på færre enheder.

### **Kommentarer:**

DCCG roses for den store og flotte indsats. Herunder arbejdet for at mindske regionale variationer.

Der skal på sigt laves organisationsdiagram for alle DMCG'er og ift. DCCG er det godt at de faglige underudvalg alle er en del af DMCG'en.

Det forslås, at der indføres kvalitetsindikatorer, der monitorerer implementering og effekt af de gældende kliniske retningslinjer.

Udover en øget patientinvolvering efterlyses data-indikatorer på:

- Overlevelse
- Recidiv
- Onkologisk behandling jf. guidelines
- Post OP MDT

Tak for den store indsats og deltagelse ved en inspirerende og udbytterig DMCG-Samling.

**DMCG-Samlingerne 2022 vil finde sted den hhv. 19. maj og 13. oktober.**

De enkelte DMCG'er opfordres til at deltage også selv om man ikke skal auditere(s).