

**DCCG**  
**Referat af bestyrelsesmøde d. 26-27 april 2012**

**Til stede:** **Mette Yilmaz, John Pløen, Jan Lindberg, Ove Vagn Bendtsen, Flemming Hansen, Peer Wille Jørgensen, Inge Bernstein, Steffen Rosenstok, Rikke Hjarnø Hagemann-Madsen, Per Pfeiffer, Hans Raaskov, Knud Thygesen, Lone Nørgård, Peter Ingemann og Jim Larsen, Bodil Ginnerup, Anders Fischer, Hans Rahr**

**Inviterede:** **Lise Bjerrum (deltog i punktet ved rørende revision af retningslinjer)**

**Afbud:** **Hans Peter Graversen, , Claus Bisgaard, Frank Svendsen Jensen, Peter Nørgaard, Ole Larsen, Birgitte Svovlgaard**

Ad 1 Ove Vagn Bendtsen valgtes til dirigent. Lone Nørgård til referent.

Ad 2 Referat godkendelse:

- Hans Rahr og Anders Fischer var fejlagtigt ikke registreret, som ikke tilstedeværende ved sidste møde.
- Efter sidste møde anmodede Henrik Harling om at få lov til at fortsætte i DMCG.dk's repræsentantskab. Der var via mail flertal for dette i bestyrelsen og Steffen Rosenstock satte sit mandat til rådighed. Aftalen er, at HH sidder 1 år i dmcg.dk's repræsentantskab, og at vi i foråret 2012 skal vælge en ny kirurgisk repræsentant. Steffen Rosenstock er villig til at træde til på det tidspunkt.
- Under pkt. 6 mangler der en kommentar om at DCCGs bestyrelse fandt det beklageligt, at et medlem af bestyrelsen (Hans Peder Graversen) havde været med i det udvalg, der havde behandlet klagen fra Søren Lauerberg, idet HPG med sit medlemskab af DCCG's bestyrelse også må anses for at være inhabil.

Ad 3 Revision af kliniske retningslinjer. Det er en omstændelig proces og vi må erkende, at ikke alle afsnit er færdige endnu. Der er dog sat forfatterskab på alle afsnit og processen er godt i gang.

Diskussion af format og evt. fælles database med referencer. Enighed om at bruge penge på hjælp fra en forskningsbibliotekar (en kandidat eksisterer i Århus – Bodil Ginnerup vil lave en forespørgsel) til at få styr på gamle referencer og sætte system i en ny model med fælles referencer med henblik på fremtidssikring. Kan en sådan fælles reference database blive tilgængelig for læger på afdelingerne – uden rette eller tilføjelsesret?

Der bliver ikke udarbejdet en papirudgave af retningslinjerne.

Hvor omfattende og detaljerede skal retningslinjerne være? Større diskussion. Lise Bjerrum gjorde opmærksom på Center for Kliniske Retningslinjer, der har lavet en model for retningslinjer, som Den Danske Kvalitetsmodel henviser til. Opdatering – hvor hyppigt? Revisioner skal være dateret af hensyn til retssikkerhed i klagesager og gamle retningslinjer skal kunne fremfindes. Der

synes ikke at være en god guideline til hvordan sådanne guidelines ”styres” – heller ikke internationalt. Vi enes om, at der årligt skal foretages relevante revisioner – ofte vil det kun være i enkelte afsnit.

I forbindelse med gennemgang af de forskellige afsnit besluttedes det, at redaktionsgruppen er ansvarlig for, at alle forfattere overholder formkrav (indledningsvis rekommandationer med anbefalingsniveau, referencer med evidensniveau, dansk tekst, m.m.), som tidligere specificeret af redaktionsgruppen. Alle reviderede afsnit færdiggøres indenfor 14 dage. Herefter udsendes det til bestyrelsen til kommentarer med frist på 14 dage. Redaktionsgruppen sender det færdige retningslinje produkt ud til høring i repræsentantskabet. De har 14 dages kommentarfrist. Herefter kan de færdige afsnit sættes på nettet som ny reviderede retningslinjer.

Hans Rahr gennemgik de tilgængelige kirurgiske afsnit til retningslinjer. Især et afsnit om varigheden af perioperativ antitrombotisk behandling med LMWH ved kolorektal kirurgi blev diskuteret heftigt. Kirurgerne finder behov for at få belyst sagen ved MTV og Peer Wille-Jørgensen vil tage initiativ hertil.

Ved perioperativ væsketerapi findes der i DK to forskellige ”skoler”. Den ene af ”skolerne” har fået opgaven at forfatte afsnittet. Vi sikrer os at begge ”skoler” ser afsnittet igennem ved at den – sammen med resten af retningslinjerne - sendes i høring i DCCG’s repræsentantskab inden endelig godkendelse.

Peer Wille-Jørgensen gennemgik afsnittet for kontrol forløb efter kolorektal kirurgi. Diskussion af koloskopi opfølgning. Enighed om, at der ikke er tilkommet ny viden, som retfærdiggør en ændring af de hidtidige anbefalinger.

Knud Thygesen redegjorde for afsnit vedrørende pakkeforløb og vil tillægge et afsnit om MDT konferencen. I forbindelse med gennemgangen besluttedes at sigmoideoskopi metoden fjernes for udredning af patienter med afføringsændring på mere end måned.

Lise Bjerrum redegjorde for afsnittet om rehabilitering. I den forbindelse fortalte Lise om deltagelse i et udvalg under SST, hvor man arbejder på at finde et redskab for at identificere rehabiliterings- og palliations behov undervejs i patientens forløb. Arbejdet er sendt i høring og vil blive udsendt sammen med dette referat. Kommentarer bedes sendt til Mette Yilmaz. En nyttig rehabiliteringskonference finder sted d. 16.-18. september 2012 i København.

Bodil Ginnerup redegjorde for billeddiagnostiske afsnit vedrørende MR til rectum udredning. Stillede spørgsmål ved den nationale retningslinje, som anfører at midt rectale T3 tumorer med CRM afstand på under 5 mm skal have præoperativ kemostråleterapi. Dette på baggrund af en undersøgelse af MR eksperter evne til at måle afstanden til MRF i Region Midt og Nord, der viste at denne vurdering var meget tilfældig – dog indeholdt dette materiale alle niveauer af rectum tumorer. Måske er det en bedre metode, hvis radiologen kun udtaler sig om, hvorvidt MRF er involveret eller ej. Større diskussion af om, hvorvidt vi skal ændre de aktuelle anbefalinger for denne gruppe rectum

patienter. Enighed om, at vi for nuværende ikke har tilstrækkelig ny viden til at ændre den nuværende selektion af patienter til præoperativ kemo/stråleterapi.

BD gennemgik endvidere afsnit om billeddiagnostisk til colon cancer samt ved påvisning af metastase og recidiv.

Diskussion vedrørende hvor velfungerende afdelingernes MDT er. Knud Thygesen beskriver i afsnittet herom DCCG's anbefaling til en velfungerende MDT konference med hensyn til hvem der som minimum skal deltage og hvilke patient cases, der som minimum skal diskuteres. I denne forbindelse anførte Peter Ingemann, at det vil være et fremskridt, hvis vi fremover i databasen kunne registrere hvor mange rectum patienter der diskuteres postoperativt. Dette anses for en væsentlig kvalitets parameter.

Mette Yilmaz gennemgik afsnittet om præoperativ kemostråle terapi til rectum cancer. Igen en større diskussion af indikationen for præoperativ kemostråleterapi til midtrectale tumorer med afstand til MRF på mindre end 5 mm. Vi enedes om, at der er evidens niveau A for at bestråle alle tumorer i rectum mhp at halvere lokal recidiv rate. Der er mindre god evidens for den selektion vi foretager med at fravælge nogle tumorer til præoperativ behandling. Det finder vi dog fortsat er relevant i retningslinjerne af hensyn til ikke at overbehandle patienterne med små tumorer og patienter med høje tumorer. Vi skal dog rette afsnittet til mhp at forklare et lavere evidens niveau for selektionen.

John Pløen gennemgik afsnittet vedrørende adjuverende behandling til rectum cancer. En diskussion af behandlings indikation for pt. med ST II rectum cancer med mikrosattelit instabilitet foregik. Vil blive omformuleret.

Per Pfeiffer gennemgik afsnit om onkologisk behandling til metastatisk colorectal cancer. Opfordredes til at sikre overensstemmelse med Levergruppens retningslinjer. Diskussion om evidensniveau for perioperativ behandling til resektable levermetastaser. Enighed om at ændre evidensniveau angivelsen og anbefalings styrken. Diskussion om det samme vedrørende adjuverende behandling til patienter efter metastasektomi, som ikke har modtaget præoperativ kemoterapi. Enighed om at dette skal anføres som en mulighed med lavt evidens niveau. Udfordring vedrørende EGFR hæmmer behandling til 1. linje for resektable/potentielt resektable levermetastaser. Der er aldrig ansøgt om godkendelse i DK til dette. Per arbejder med dette og vil gå videre med sagen.

Jan Lindberg gennemgik de afsnit vedrørende patologien, som er færdige aktuelt. Som en ændring nævntes at en T2 tumor med V1 fremover vil blive opgraderet til at blive noteret som en T3. Bliver således i overensstemmelse med den adjuverende behandling, der gives til St II højrisiko.

Det kirurgiske udvalg nedsætter nu en arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde/rette afsnittene om kirurgisk behandling til kolon og rektum. Henrik Kehlet er blevet bedt om at udarbejde afsnit for accelereret kirurgiske forløb m.m.

Ad 4 Jim, Mette og Peter har deltaget konstruktivt møde med Poul Bartels (formand for RKKP = regionernes kvalitets udviklings program) vedrørende kontakten til danske regioner og kompetence centrene samt økonomien.

Mette har meddelt dmcg.dk at kontrolforløb ikke vil blive ændret før Colofol data er færdige.

D. 6. marts møde i regi af Kræftens Bekæmpelse og dmcg.dk om cancer kirurgi. Henrik Harling var med medarrangør via sit medlemskab af dmcg.dk's FU. Et af emnerne der var oppe var efteruddannelse og kompetenceudvikling.

Ad 5 Visioner:

Enighed om at vi mangler nationale projekter.

Hvordan får vi skabt samling om nationale projekter? Kan og skal DCCG initierer disse.

Forslag fra Søren Laurberg om, at man inviterer nogle epidemiologer til at diskutere databasens muligheder for diverse opgørelser. Enighed om at dette er en god ide. Det besluttedes, at et møde skal arrangeres med epidemiologer, Søren Laurberg og bestyrelsen og VU og databasestyregruppen i form af et seminar. Peter Ingemann er tovholder på arrangement af dette.

Diskussion om hvordan vi definerer klare spørgsmål, som vi nationalt har en interesse i at få belyst. Eksempler som væsentlige emner at få belyst er lokal recidiv rate for rectum cancer og senfølger til præoperativ kemostråleterapi. En gruppe blev nedsat bestående af Steffen Rosenstock, Lone Nørgård, Peter Ingemann, Per Pfeiffer, Bodil Ginnerup Peer Wille-Jørgensen og Mette Yilmaz. Peter Ingemann indkalder denne gruppe til arbejdsmøde.

Ad 6 Repræsentantskabsmøde. Inge Bernstein gennemgik programmet for mødet, som finder sted d. 13. juni 2012 i forbindelse med DKS's årsmøde. Mindre justeringer blev foreslået.

Diskussion af fremtidigt format for repræsentantskabsmøde. Skal sygeplejersker inviteres med? Finder vi ikke aktuelt relevant. Skal det ligge selvstændigt eller op ad Dansk Kirurgisk Selskab. Enighed om det sidste, som sidst gav et meget fint fremmøde.

Ad 7 KRC databasen ved Peter Ingemann

Årsrapport 2010 er udgivet siden sidste bestyrelsesmøde. Ikke mange kommentarer er fremkommet til den. Er temmelig tabel tung, men ikke muligt at ændre udformningen pga tidsmangel. Formålet er at ændre det til næste årsrapport.

Revision af databasen: Lene Iversen og Ismael Gögenur har fået til opgave at gennemgå de kirurgiske oplysninger mht, om der skal ske en revision. Carlson indeks kommer til at erstatte oplysninger om comorbiditet.

Peter blevet inspireret af et svensk point system. Svenskerne har i deres årsrapport et pointsystem for de enkelte indikatorer. Alle point tælles op og de enkelte afdelinger rangstilles på baggrund af dette. Følsomt, men også et redskab for at den enkelte afdeling kan målrette fremadrettet indsats. Data skal være meget valide for at dette system skal kunne accepteres. Diskussion heraf med både positive og betænkelige kommentarer. Endnu ikke opbakning for at dette system indføres, men vi hører måske om det i fremtiden.

Årsrapport 2011 ønsker databasegruppen at ændre i forhold til layout. Der kommer nye indikatorer.

Retteskemaer – aktuelt 1300 for 2011 gennemgås af patologer. Der dannes en fejl- og mangelliste, som videresendes til kirurgerne mhp registrering. Deadline for indregistrering er fremrykket til sidste dag i april. En kritik heraf er at der altid vil mangle en lille procent af patienter, der fortsat ikke er opereret. Disse vil efterfølgende ikke blive registreret. Efter deadline sendes materialet videre til statistik og epidemiologisk analyse, hvor deadline er 1. juni.

Diskussion af om hvorvidt rapporten skal sendes til høring inden udgivelse. Dette besluttedes at gøre fremover.

DCCG deltager med Peter Ingemann og Henrik Harling i DNKK (den nationale kliniske kræftdatabase) – et projekt, som går ud på at mindske dobbeltregistrering. Hvor mange data som aktuelt indtastes i DCCG's database kan findes i de centrale registre (eg. LPR). Arbejdet pågår fortsat, men det viser sig at en del data kan hentes fra centrale registre. Disse skal dog godkendes/valideres manuelt. Der skal udpeges test afdelinger til afprøvning af systemet. Det samlede projekt forventes at være køreklar til 2013.

Skal der betales for databaseudtræk? Enighed om, at det er rimeligt, hvis det kræver Steffen Høgskildes assistance, idet det ellers begrænser den hjælp database gruppen kan få fra Steffen. Der arbejdes på at skabe et listemodul, hvor brugere nemt kan trække data ud.

Ad 8

Udvalg

- VU ved PWJ: Vedtægterne for VU's arbejdsgang godkendtes. Mange projekter er i gang. Behandlingstiden er aktuelt ca. 14. dage.
- Kirurgisk arbejdsgruppe under DCCG, som bør være den gruppe, som laver de kirurgiske retningslinjer er fortsat ikke fungerende. Dette er en hæmsko også for udarbejdelse af retningslinjerne i DCCG regi. Der synes, at være et overlap mellem den kirurgiske arbejdsgruppe under DCCG og den kolorektale sektion i Dansk Kirurgisk Selskab.
- Onkologisk arbejdsgruppe ved MY: Gruppen har afholdt et møde. Her var hovedet emnet revision af kliniske retningslinjer. Man gennemgik de forslag til retningslinjer der var fremsendt.
- Biobanken: Rikke har endnu ikke været indkaldt til møde, idet der har været usikkerhed om hvorvidt Biobanken fremadrettet eksisterede. Det synes den at gøre. DCCG efterspørger konkret viden om, hvilken rolle Biobanken spiller i relation til DCCG
- Stråleterapi udvalget ved Mette: Arbejder fortsat med forskellige opgaver. Stråleterapi instruksen er nu endelig godkendt og udsendt på hjemmesiden. Hans hørt om et Europæisk konsensus møde, som vi bør deltage i. Mette vil undersøge sagen.
- Efteruddannelsesudvalget ved Hans: Ikke noget nyt siden sidste bestyrelsesmøde. Skal vi prøve at gentage nogle af de MDT kurser vi tidligere har afholdt i alle regioner? The Pelican Center i Basingstoke udbyder fortsat kurser løbende. Er det en mulighed at sende folk dertil? Skal de, der tidligere har været på kurser igen tilbydes kurser, brush-up. Det besluttedes, at efteruddannelsesudvalget må se på sagen og komme med et konkret oplæg til næste bestyrelsesmøde. Anders foreslog, at

udvalget undersøgte mulighederne for at MDT inkluderes i H-kurserne i de forskellige faglige videnskabelige selskaber.

- Patologigruppen ved Rikke: Ingen møder siden sidst, men har dog været aktiv med blandt andet benign patologi.

- Ad 9 Økonomi og budget (JSL)  
Der er sket en begrænsning i forhold til tidligere. Vores muligheder for at afholde møder er blandt andet blevet stækket. Regnskab til Danske Regioner blev uddelt og vil blive udsendt med dette referat.
- Ad 10 Kræftpakkeforløb ved Knud Thygesen. Forhold vedrørende sigmoideoskopi versus coloskop og hæmakult vil blive justeret.
- Ad 11 Screening ved AF. Ikke så meget nyt. Der anbefales nu skoperende sygeplejersker og et uddannelsesprogram for dette er under udarbejdelse. Der vil blive en slags certificering af skoperende læger og sygeplejersker. Patologerne bekymret og utilfredse fordi de ikke har været repræsenteret på nationalt plan i planlægningen af screeningsprogrammet i forhold til polyp patolog. Der henvises til sidste referat.
- Ad 12 EURECA ved Mette (med besked fra Lene Iversen): Der arbejdes på, at opgøre St II højrisiko patienter op, men det kan vi desværre ikke indgå i, idet vi ikke har opgjort disse patientes behandling. Der er en publikation på vej fra EURECA hvor bl.a Henrik Harling er medforfatter.
- Ad 13 DMCG.dk ved LN: Niels Holländer og Lone Nørgård har udarbejdet et forslag til revision af vedtægter for DMCG.dk. Disse er nu i høring i DMCG.dk's FU og skal efterfølgende behandles i repræsentantskabet. Sendes muligvis også i høring i alle DMCG'er.
- Ad 14 DCCG.dk ved HR: Ikke noget nyt.
- Ad 15 Næste bestyrelsesmøde finder sted d. 25-10-12 kl. 9.30 – 16.00, på Axelborg,
- Ad 15 Dirigent takkede for god ro og orden og formanden takkede for et godt og konstruktivt møde.

Lone Nørgård  
27-4-12

Kirurgisk arbejdsgruppe under dccg, som bør være den gruppe, som fælles laver de kirurgiske retningslinjer er fortsat ikke fungerende. Dette er en hæmsko også for udarbejdelse af retningslinjerne i dccg regi. Der synes, at være et overlap mellem den kirurgiske arbejdsgruppe under dccg og den kolorektale sektion i Dansk Kirurgisk Selskab.

Ad 4