

Bestyrelsesmøde i DCCG

Den 22. marts 2017, kl. 10.00 – 15.30

Roskilde Sygehus,

Kantinebygningen, mødelokale 1

Referat

Til stede: Camilla Qvortrup, Tommie Mynster, Mette Yilmaz, Annika Loft, Lars Bundgaard, Frank Svendsen Jensen, Mona Rosenkilde, Karen-Lise Garm Spindler, Thomas Kjærgaard Larsen, Svend Erik Nielsen, Peter Ingeholm, Jim Larsen, Ismail Gögenur, Lene Iversen, Rikke Hagemann-Madsen, Hans Peder Graversen, Niels Hald, Lone Nørgård

Afbud: Steffen Rosenstock, Ole Roikjær, Lars Henrik Jensen, Per Pfeiffer, Inge Bernstein

Fraværende: Peter Nørgaard, Birgitte Svolgaard

1. Valg af ordstyrer og referent

- a. Lene Iversen ordstyrer
- b. Lone referent

2. Medlemskab (LI)

a. Opdatering af medlemmer

- i. Thomas Kjærgård Larsen nyt medlem udpeget af DSAK og erstatter Pia Georg Jensen
- ii. Karen Lise Spindler afløser for Flemming Hansen
- iii. Camilla Qvortrup afløser for Per Pfeiffer
- iv. Svend Erik Nielsen afløser Ole Larsen
- v. Niels Hald erstatter Gunnar Baatrup
- vi. Lars Bundgaard genudpeget for region syd DKS
- vii. Lene Iversen genudpeget for region midt DKS

b. Valg af formand. Forretningsudvalget peger på genudpegning af LI.

- i. Lene Iversen genvalgt som formand

3. Opfølgning fra mødet den 27. oktober 2016

- i. Vi mangler at tage stilling til afdelingsspecifikke data – se pkt 8.

4. Orientering fra formanden (LI)

- i. Rapport til RKKP udarbejdet
- ii. Benchmarket II analysen publiceret (på DMCG.dk's hjemmeside) – handler om socioøkonomiske forskelle, som er påvist. Ingen regionale forskelle.
- iii. Indsendt forslag om 1. MDT og 2. opfølgning til Lærings- og Kvalitetsteams
- iv. DCCC – (Danish Comprehensive Cancer Center) er nu etableret med midler afsat på finansloven. Formål er at skabe optimale forhold for dansk kræftforskning ved at fremme samarbejdet og øge adgangen til

- international finansiering og partnerskaber og forkorte vejen fra forskning til klinik. Alt sammen mhp. at forbedre den danske kræftbehandling. Skal styrke det nationale samarbejde mellem grundforskning, den translational forskning, klinisk forskning, epidemiologisk og daglig klinisk arbejde og give kortere vej til anvendelse af prækliniske data i klinikken. Lene Iversen er udvalgt fra region midt til fagudvalget. Cai Grau er formand for fagudvalget. Ismail Gögenur sidder i Styregruppen
- v. Det er tid til at søge om økonomiske midler fra RKKP til databasen. For DMCG'en skal der kun søges, hvis vi ønsker en ændring fra tidligere.
 - vi. DSKO har taget initiativ til at onkologiske data rapporteres til LPR. Der er ledelses involvering i dette initiativ.

Peter Ingeholm har taget initiativ til at undersøge om hele patientforløbet kan kodes mhp en bedre beskrivelse af forløbet i LPR. Lars Bundgaard træder ind i denne gruppe.

- vii. Jens Winther Jensen nye direktør for RKKP.
- viii. Der er givet tilsagn om at der laves en retningslinje for mere sjældne polypper i samarbejde med klinisk genetiker og evt. Ken Ljungman (kirurg fra Århus).
- ix. SST beslutningsværktøjer til kræft patienter – ingen fra DCCG deltager, Lene Lundvall fra DGCG deltager
- x. SST arbejdsgruppe mhp at revidere rehabiliteringsforløb – der ønskes 1 person
- xi. Udvalg for Kliniske Retningslinjer (DMCG.dk udvalg) – Mette Yilmaz deltager i dette udvalg
- xii. Udvalg for tværgående indikatorer (DMCG.dk udvalg) – Peter Ingeholm deltager i dette udvalg
- xiii. Udvalg for MDT (DMCG.dk udvalg) – Rikke Hagemann og Lone Nørgård er interesserede i at deltage.

5. Orientering fra FU

- i. Den eksisterende hjemmeside er tung at arbejde med. Ønske om en ny hjemmeside med intra- og internet. RKKP giver ikke midler til dette. Vi kan måske selv udarbejde en hjemmeside. Videnskabeligt udvalg er ved at se på en ny hjemmeside til VU og den kan måske danne baggrund for en ny platform. Et udvalg der kan se på behov, design og muligheder Jim Larsen, Peter Ingeholm, Ismail, Tommie og Lene går ind i denne gruppe. Enighed om at denne gruppe også diskuterer langsigtet generel kommunikationsstrategi.

6. Kalender på hjemmesiden – årshjul (alle møder/aktiviteter).

- i. Forslag om at etablere en kalender på hjemmesiden, hvor alle møder og aktiviteter kan fremgå – dette indgår i ovenstående udvalgs arbejde, men vi forsøger også at etablere den på nuværende hjemmeside.

7. Indikatorer (PI)

- i. Indikatorer til databasen giver mulighed for kvalitetssikring/udvikling. Alle databaser skal hvert år levere indikator afrapportering. De kan skifte over tid, hvis må opfyldes undervejs eller skærpes. Der er en begrænsning på ca. 10 indikatorer pr database.

Nuværende indikatorsæt:

- Afholdt MDT for nydiagnosticerede colon cancer ptt – standard mindst 75%
- Ekstramural venøs invasion (EMVI) – standard mindst 25%
- Anastomoselækage for rectum resektion - maks 10%
- Anastomoselækage for colon resektion - maks 5%
- Postoperative forløb uden komplikationer indenfor 30 dage
 - a. Medicinske komplikationer \geq 75 % kvartil
 - b. Kirurgiske komplikationer \geq 75 % kvartil
- Postoperativ død efter elektiv kirurgi
 - a. 30 dages mortalitet maks 3%
 - b. 90 dages mortalitet maks 5%
- Mikroradikalitet af primær tumor efter elektiv tarmresektion \geq 95 procent, ønskeligt \geq 97 procent
- Specialist operation, akut koloncancer kirurgi \geq 90 procent, ønskeligt \geq 95 procent
- Adjuverende kemoterapi – *Endnu ikke i kraft*. Det er planlagt at der hentes data fra LPR med følgende spørgsmål:
 - a. er relevante ptt henvist til onkologisk afdeling
 - b. hvor mange af de henviste får adjuverende behandling

Lars Bundgaard foreslog at man laver en indikator, som handler om hvor mange af de ældre patienter, der får et kurativt tilbud.

8. Afdelingsspecifikke overlevelsesanalyser (PI,LI)

- a. Der eksisterer data på afdelingsspecifik overlevelse, men de er ujusterede og omhandler ikke hele populationen.

Det blev besluttet, at afdelingsspecifik overlevelse sammen med landsgennemsnittet udsendes til de enkelte afdelinger fra 2016. Fremadrettet søger vi RKKP om at finansiering til justerede analyser af samme data.

9. Økonomi og budget (JSL)

- a. Enighed om at diverse retningslinje grupper kan søge FU om midler til revision af retningslinjer i form af mødelokale, forplejning og evt. en overnatning.

b. Ved gennemgang af RKKPs oplysninger om midler tildelt de forskellige dmcg'er ses, at der er meget store forskelle på midler afsat til dem. Lene opfordres til at kontakte RKKP og spørge ind til baggrunden for denne forskel.

c. Enighed om at søge mere til formandsfrikøb.

10. Repræsentantskabsmøde (TM)

a. Ca. 60 tilmeldte til DCCG.dk's årsmøde 31-3-17 i Ålborg. Enighed om fremover at kalde dette møde 'Årsmøde'. Aktuelle invitation er med titlen 'DCCG Nationalt kontaktforum d 31.3.17', hvilket måske har været for kryptisk i forhold til at få dissemineret invitationen ud til alle KRC-interesserede fagfolk.

11. Inddragelse af andre specialer i DMCG'en? (LI)

a. Forslag om at involvere anæstesiologerne i DCCG's bestyrelse. Foretager risikostratificering, korrektion af præoperativ konditioner, valg af anæstesi, m.m. Besluttes at de tilbydes et ad hoc medlemskab. Lene kontakter Dansk anæstesiologisk Selskab.

b. Forslag om også at tilbyde radiofysikerne et ad hoc medlemskab blev ikke godkendt. I stedet opfordredes til at de involveres i radioterapigruppens arbejde.

12. DMCG.dk (SRo/MY)

- i. Nedsat forskellige arbejdsgrupper – se pkt 4
- ii. Afsat 4 mill kr til kliniske retningslinjer. Der arbejdes på at ensrette retningslinjer med reference til internationale retningslinjer
- iii. Fælles indikatorer for de forskellige databaser
- iv. Midler bevilget til eksperimentel kirurgi
- v. Midler afsat til certificering af kirurger iht Kræftplan IV.
- vi. En gang årligt møde med KB og dmcg.dk.
- vii. NIPK – i pancreascancer gruppen har man set på afdelingsspecifik mortalitet også udenfor den opererende afdeling.

13. Protokoller – udvalgt af VU til drøftelse (IG)

- i. Intet udover hvad der er anført i afrapporteringen

14. Multidisciplinære kliniske retningslinjer (RH)

- i. "Indikationer for adjuverende kemoterapi til patienter med kolon- eller rektumcancer i UICC stadium II" er nu færdiggjort (Svend Erik Nielsen). Arbejdet hermed afslørede, at vi internt i DCCG mangler nogle retningslinjer for, hvordan vi rent praktisk griber sådanne sager an i forhold til høringer etc. Der er sat et arbejde i gang mhp herpå. (Rikke Hagemann)
- ii. Tidlige cancere (T1 kategori) – Den nedsatte multidisciplinær arbejdsgruppe har været samlet en gang mhp arbejdsområde, - afgrænsning og arbejdsfordeling. Næste møde 3.maj i Vejle. (Lene Iversen)

- iii. Neoadjuverende behandling til rectum cancer påbegyndes snart i multidisciplinært regi (Karen-Lise Spindler)
- iv. Opfølgingsgruppen (Anders Bertelsen)

15. Evt. spørgsmål til udsendte referater fra udvalg

- a. Databasen (PI)
- b. Videnskabeligt Udvalg (IG)
- c. Kirurgisk arbejdsgruppe (LI)
- d. Onkologisk arbejdsgruppe (PF)
- e. Stråleterapiudvalget (KL)
- f. Arbejdsgruppen for patologi (PI)
- g. Radiologisk arbejdsgruppe (MR)
- h. Dansk Tarmkræft Screenings database (DTS) (OR)
- i. Nationale TNM komité (PI)

Ingen væsentlige kommentarer til afrapporteringen fra diverse udvalg.

16. Fastsættelse af ny mødedato fastsættes til 4-10-17 i Vejle.

17. Evt:

- a. Årsrapport fra Databasen for 2016. Fortsat problemer med at få indhentet data til tiden. Bekymring for datakvalitet, idet der fortsat mangler knapt 1000 datasheets kort tid før deadline. Opfordring til at sende information om manglende data til afdelingsledelser og efterfølgende til hospitalsledelserne.
- b. Spørgsmål til hvordan det går med sammenlægning af levermetastasepakken og tarmkræftpakken. Den er lige på trapperne. Det har været et stort ønske at få lagt RAS analysen ind i udredningsforløbet. Det ser ud til at lykkes. Afventer SST's arb.gr. input.
- c. Møde om PIPAC behandling i april.

Lone Nørgård/ Lene Iversen 24. marts 2017