

Referat

DCCG

Audit

Tid: 16.08.2022 kl. 10.00 – 15.00 16.08.2022
Sted: Lokale 1, Regionshuset, Oluf Palmes Alle15, 8200 Århus N Anne Fredsted
Referent: Anne Fredsted anfrst@rkkp.dk

Deltagere:

- Camilla Qvortrup, Jens Ravn Eriksen, Jon Kroll Bjerregaard, Lene Iversen, Michael B. Lauritzen, Rikke Hjarnø Hagemann-Madsen, Mette Lise Lousdal, Nick Martinussen, Anne Fredsted

Afbud:

- Lars Bundgaard
-

Referat

1) Orientering fra styregruppens formand (Jon)

Ikke så meget nyt, kort info om rammer/vedtægter i DCCG/databasen, KIP overgang.

2) Orientering fra formanden for DCCG.dk (Camilla)

Rammer/vedtægter, udfordringer med KMS/KIP overgang er blevet diskuteret i DCCG.

Årsmøde 6/10, ML deltager evt.

Forretningsmøde 22/8

Bestyrelsesmøde 1/11

3) Årsrapport 2021 *Den faglige og øvrige kommentering skal færdiggøres, og eventuelle ændringer til rapporten i øvrigt skal drøftes. – Resterende punkter vil blive gennemgået såfremt tid tillader.*

Jon: generelt om kommentering/spilleregler:

- Hvis en afdeling ligger uden for gennem 3 år
- Hvis en afdeling ligger uden for ved flere indikatorer
- Hvis 2/3 af afdelingerne opfylder indikatoren overvejes at løfte
- Hvornår roser vi?

Årsrapport:

ML foreslår at afsnittet "konklusion og anbefalinger" skrives som halvanden sides tekst med fremhævnning af vigtigste resultater. Læseren skal guides ift. de vigtigste udviklinger.

Jon vil efter mødet lave en 1-1,5 sides indledende afsnit om overordnede konklusioner og anbefalinger

Afdelingsnavne: Det besluttes at betegnelsen Gødstrup (tidligere Hospitalsenheden Vest) er den samme bagud i tid, og SUH (tidligere Køge/Roskilde) er den samme tilbage i tiden.

Indikator 1

Diskussion om: Skal vi undlade Rigshospitalet, da der ikke er en kolorectal kirurgisk afdeling her, og i øvrigt er det kun 7 personer. Eller skal de flyttes over til en anden afdeling evt. Bispebjerg? Hvem indrapporterer egentlig de patienter?

Beslutning: Vi fastholder Rigshospitalet i år. Vi skal først have lidt mere information om hvor de patienter kommer fra førend vi kan ændre/undlade Rigshospitalet i denne indikator. Det må vi se på til næste år. Jon kontakter Jens Hillingsø.

Skal beskrives under "afdelingsnavne" – Jon følger op på dette og formulerer noget tekst.

Diskussion og vurdering afsnit:

Styregruppen ønsker med overgang til KIP at definere og indføre en variabel for om en opereret patient har været på postoperativ MDT (ML har tilføjet dette i teksten).

Man kan evt. starte med en supplerende indikator uden standard i næste årsrapport.

Indikator 2

Komplet klinisk TNM i KMS, akut opererede indgår ikke. Indikator bibeholdes og standard fastholdes.

Indikator 3

Ikonet på funnel plot veksler på alle graferne, både form og farve varierer! Nick tager det med tilbage.

ML foreslår, at fjerne In-Lab af anonymiseringshensyn.

De små tal i Randers diskuteres, sendes de et andet sted hen eller registreres de anderledes? Sidste år var der også lave tal i Randers, så der er ikke noget nyt i det.

Styregruppen diskuterer om indikatoren skal udgå. Vi vil fortsat monitorere på den til næste år, men dog som supplerende i appendix. Den vil blive erstattet af en anden patologiindikator når teknisk muligt.

Indikator 4

Anastomoselækage

A. Diskussion om både accepteret og ønsket standarder skal nævnes hvis de er ens.

Ønskelig der ligger på 1% kan virke useriøst, og det er ikke forventeligt at standarden kan sænkes yderligere.

Vi dropper den ønskelige, hvor den er sammenfaldende med den acceptable, som er tilfældet i denne indikator. Vi ønsker stadig at monitorere denne indikator.

C. Diskussion om den ønskelige standard på 8 (samme som accepterede).

Vi fjerner den ønskelige standard når den er samme som acceptabel fra næste år.

Grafer med procedurekoder fremlægges – men det er for usikkert hvilke procedurer der skal med. Styregruppen ønsker tabeller over anastomosefraktion i næste årsrapport.

Styregruppen anbefaler, at problemstillingen med særligt fokus på PME resektion tages op i kirurgisk arbejdsgruppe.

Indikator 5

30 dages mortalitet stratificeret på alder.

Styregruppen vil fortsat have fokus på den ældre patient gruppe (præhabilitering), og vil arbejde på at udvikle nye procesindikatorer til at understøtte og monitorere indsatser og behandling af denne patient gruppe.

Styregruppen ønsker tabeller over resektionsfraktion i næste årsrapport. Diskussion om disse tabeller skal indeholde alle patienter (også akutte) eller indsnævres til en nærmere defineret gruppe af "egnede" fx uden metastaser.

Indikator 6

Landsgennemsnittet ligger under den acceptable standard og der er ikke sket forbedring de seneste år. Problemstillingen bør tages op i et andet multidisciplinært forum (DCCG.dk), så årsagerne kan belyses. Vi kan ikke på 3. år se resultaterne overhør.

Diskussion om de uoplyste: afdelinger bedes melde tilbage til styregruppen i høringsperioden (Obs. dette blev besluttet på Audit, men Jon og Mette Lise foreslår at undlade, da de uoplyste ikke vil rykke nævneværdigt på resultat. Se uddybende forklaring i kommende årsrapportversion)

Indikator bibeholdes og standard fastholdes.

Indikator 7

Tonen skærpes i og med at det bemærkes, at Regionerne ikke har efterkommet styregruppens tidligere anbefaling. Indikator bibeholdes og standard fastholdes.

Indikator 8

Samlet konklusion på A og B.

Indikator bibeholdes og standard fastholdes.

Styregruppen opfordrer til at onkologiske og kirurgiske afdelinger drøfter henvisningsmønster.

Pga. tidsmangel når vi ikke at diskutere appendiks og faglige kommentarer. Kort diskussion om de faglige kommentarer kan udelades eller om de kan opdateres relativt nemt (Mette Lise har efterfølgende opdateret, men ikke skrevet yderligere til).

4) Forslag til 1-pager

- postoperativt MDT konference

5) Orientering fra RKKP

- Rammer for styregrupper – Vigtigt at DCCG's vedtægter flugter med de rammer RKKP's bestyrelsen allerede har godkendt
- Patient repræsentation: vi drøftede kort patient repræsentation vs et patient panel.

Der ønskes 1-2 repræsentanter via opslag hos bl.a. Kræftens Bekæmpelse. Anne undersøger om der findes en skabelon til stillingsopslag (det gør der ikke, men RKKP vil være behjælpelig med et opslag). Udpegningen af repræsentanter foretages af styregruppen. Næste skridt er at få lavet et opslag og få diskuteret krav og kriterier.

6) Database - diverse

- Afklaring ift dataindtastere - Ekskluderer patienter bosiddende i Grønland /på Færøerne. Nåede vi ikke.
- Forventningsafstemning omkring Onkologi indikatorer – plan og hvem har udspillet? Det ligger i arbejdsgruppen under DCCG.dk.
- KIP test 1/9-15/9, kan skride. De databaser der skulle have været i test 15/8 er blevet udsat, så dette blot til orientering, at der kan komme forsinkelser. RKKP skal nok melde nyheder/ændringer/forsinkelser ud så snart vi ved noget.
- KIP møde i oktober ifølge årshjul. Vi udsætter dog mødet til d. 19. januar 2023. Jens finder lokale i Roskilde.
- Forslag til årshjul skal stadig udsendes midt oktober (ansvarlig: Anne Fredsted).
- Forskningsadgang – procedure for endelig godkendelse (VU), VU må internt finde ud af deres godkendelsesprocedure. Mette Lise og Anne deltager i næste fysiske møde, Jon indkalder.

6) KMS/KIP - **Venter til KIP møde januar 2023**

- Ønske om Laterale lymfeknuder? – analyse strategi.
- 2. blodprøve ved iv-jern behandling – kun kræve 2. blodprøve såfremt der er givet jern?

7) Specialrapport om overlevelse (Sidse og Jon) - Nåede vi ikke.

8) Eventuelt

-husk tilmelding til Kvalitets konference i Ålborg 29-30 nov (early bird 15/9, sidste frist 15/11).