

Dagsorden/Referat

DCCG

National Klinisk Audit DCCG

Tid: 16.08.2023 kl. 10.00 – 15.00

11.08.2023

Sted: Comwell Odense, Claus Bergs Gade 7 - 5000 Odense

Anne Fredsted

Mødeleder:

anfrst@rkkp.dk

Deltagere:

- Camilla Qvortrup, Jens Ravn, Jon Kroll Bjerregaard, Michael Lauritzen, Erik Vinkel, Marianne Steding-Jessen, Karsten Dromph, Anne Fredsted

Online:

- Lars Bundgaard

Afbud:

- Lene Iversen, Ismail Gögenur

Referat

1. Gennemgang af Årsrapport 2022

Indikatorresultater:

Indikator 1: Afholdt behandlingsbesluttende MDT-konference ved nydiagnosticeret koloncancer:

*Standard er nede på 91% for Århus, men Århus laver ikke mange koloncancer, så det er meget lave antal vi arbejder med, derfor undlader vi at kommentere yderligere på det, men blot nævne dem.
Næste år tilføjes alle nydiagnosticerede rectum og kolon cancer.*

Indikator 2: Registreret komplet klinisk TNM

*Standarden opfyldt på landsplan. Skal vi øge standarden til 97%?
Igen halter Århus med en standard på 87%.
Det diskuteres om det er T, N eller M kategori der mangler.
Det er problematisk at man på MDT ikke får fastsat en TNM på patienten.
Styregruppen anbefaler at man gennemgår en auditering, da det er et tilbagevendende problem (i Århus). Det anbefales desuden at øge standard til 97%. Styregruppen ønsker en supplerende tabel til næste år med TNM kategorier. Desuden en krydstabel med MDT og TNM, så man kan se, hvor stor en andel af MDT patienter, der får en TNM kategori.*

Der skal indsættes en side med at Indikator 3 er UDGÅET

Indikator 4: Anastomoselækage

*ileo-kolisk: de lækker meget sjældent. Meget lavt antal generelt.
kolo-kolisk: Meget lave tal også. Det besluttes at slette den ønskelige værdi på 3%, da den er urealistisk.
rektumresektion: Tabel og tekst skal lige tilrettes, passer ikke sammen. Jon og Marianne opdaterer diskussionen. PME og TME tabeller skal opdateres også. Tabel 10s skal opdateres og kommenteres her. Jens kommer med et udkast.*

Indikator 5: Postoperativ død efter elektiv kirurgi

5a:30 dages mort: Det foreslås at tabel med <75 år udgår da der kun er 6 tilfælde. Men det er så alvorligt, når pt under 75 dør, at der skal ses på det på en eller anden måde. Men vi bibeholder den i år. Næste år erstattes den af "Alle/general mortalitet" uden aldersopdeling.

5b:90 dages mort: Særligt region Midt har et problem med mortalitet og har haft det de sidste tre år. Vi redegør for data, og formidler dem og tydeliggør udfordringer, men vi skal ikke diktere hvad afdelingerne skal gøre. Vi kan opfordre til intern auditering. Denne problematik skal tages op i indledningen.

Indikator 6: Afstand fra primærtumor til kirurgisk resektionsflade og -rande > 1mm efter elektiv rektumresektion

Indikator har ikke rykket på sig de sidste mange år. Jens foreslår en "post operativ MDT" indikator i stedet for denne. Tages op på internat. Jens omformulerer kommentarerne "at der vil blive arbejdet på at kvalificere indikatoren".

Indikator 7: Specialistoperation ved akut koloncancer resektion

Særlige problemer i østdanmark. Er der et problem i uddannelse af specialister i øst? Det er et spørgsmål om "certificering". Det er dygtige folk, men de får blot ikke taget certificeringen. Det er dansk kirurgisk selskab der har sat reglerne op og defineret specialistoperation. Vi kan skrive i diskussionen at der opfordres til intern auditering på dem der ikke er opereret af specialist. Ismail kan måske tage det op i VU.

Indikator 8: Indledt adjuverende onkologisk behandling efter kurativ intenderet tarmresektion, af kolonpatienter under 80 og rektumcancer patienter under 75 år, med UICC stadium III

8a+8b: (dMMR patienter taget ud i år). Der skal stå noget i diskussionen om hvorfor vi har et standard-interval (80-90%) i denne indikator. Det skal fremhæves i indledningen at der er en regional variation i anvendelse af adjuverende behandling.

Dækningsgrad- og overensstemmelsesgrad

Dækningsgrad:s.80: gamle tal fra 2022 på side 79 skal rettes til 2023 tal. Vi bør indføre i indledningen at der er tre afdelinger der falder udenfor de 90% (Århus, Hvidovre, sydvestjysk) og har mangelfuld registrering. Overensstemmelse s. 82: dette er patienter der er indberettet begge steder (LPR og KRC). Alle ligger meget godt. Få ligger under 90%. Tabel 13 tæller og tabel 14 nævner bør være ens.

8. Appendiks

8.2. Appendiks II: Overlevelsesanalyser

Marianne gennemgår de "tværsnittsberegrende overlevelsesestimater". Vi beholder alle tabeller 8.2.1 - 8.2.7.

Tabel 11s: antal uoplyste riskofaktorer. Hvordan laver vi den til en patologi indikator?

Styregruppen vil arbejde på dette (sende tabel og oplæg til Ida Elisabeth Gadeholm – Ålborg), og foreslå en standard niveau på 90%. Tages op på internat.

2. One pager

- Fokus på de positive resultater
- anastomoselækage indikatorer opfyldes på landsplan
- adjuverende behandling (regional variation)
- estimerede overlevelsesgrafer
- omtale patientrepræsentant, bringer fokus på senfølger og PRO
- omtale at vi mangler en patolog og radiolog

3. Evt

Internat – Jon præsenterer dagsorden, Anne samler op på antal deltagere og overnattere ift aftale. RKKP (Karsten og Anne) deltager på dag 1 (torsdag).

Forskningsadgang – der ligger et par stykker og afventer vurdering