

Referat internat i kirurgisk arbejdsgruppe 30-31/5 2024

Deltagere:

Lene Iversen (LI) & **Mai-Britt Ørntoft** (MBØ), AUH, **Mads Klein** (MK), Herlev, **Pauli Mortensen** (PM), Slagelse, **Michael Seiersen** (MS) & **Ismail Gögenur** (IG), Køge, **Nis Schlesinger** (NS) & **Henry George Smith** (HGS), BBH, **Jesper Dan Nielsen** (JDN), **Anders Christian Larsen** (ACL) & **Ole Thorlacius-Ussing** (OTU), Aalborg, **Uffe Schou Løve** (USL), Viborg, **Hans Rahr** (HR) & **Pernille Øhlenschlager** (PØ), Vejle, **Jakob Kleif** (JK), Hillerød, **Bo Rud** (BR), Hvidovre, **Katrine Emmertsen** (KE) & **Peter Bondeven** (PB), Randers, **Inge Bernstein** (IB), HNPCC, **Thomas Bjørsum Meyer** (TBM) & **Issam Al-Najami** (IAN), OUH, **Kåre Gotschalk** (KG) & **Saija Sinimäki** (SS), Horsens, **Jens Overgaard Støvring** (JOS) & **Rasmus Krøijer** (RK), Esbjerg.

Gæster:

Ida Hovdenak & Henriette Thaysen, sygeplejersker AUH, **Jon Kroll Bjerregaard**, databaseformand, **Camilla Qvortrup**, DCCG formand.

Afbud fra:

Mari Øines, Hillerød/YDK, **Mindaugas Tiskus**, Aabenraa, **Lars Lindberg**, Hvidovre/HNPCC-suppleant, **Anne Thyø**, AUH, **Steffen Brisling**, Køge

Dirigent: Mads Klein, Herlev

Referent: Nis Schlesinger, BBH

Fremtidigt arbejde i kir. arbejdsgruppe – vedtægtsændringer, oplæg og diskussion

MK gennemgår aktuelle vedtægter og forslag til nyt:

Forslaget godkendes med enkelte kommentarer (MK retter og fremsender)

Kommentarer til vedtægterne/forretningsorden:

- Inge Bernstein: Punkt angående ad hoc medlemmer af arbejdsgruppen (ex arvelig tarmkræft/CRC screening) tilføjes.
- Det skal sikres at der er kommunikation mellem databasens styregruppe og den kirurgiske arbejdsgruppe. De 3 kirurger i styregruppen udpeges af kirurgisk arbejdsgruppe, men aktuelt sidder ingen af de udpegede i arbejdsgruppen.
- LI Vigtighed i kontinuitet i deltagelse i arbejdet understreges.

- Der indføres en næstformand. Men det vil fortsat primært være formand der fungerer som repræsentant i diverse udvalg. Næstformandens rolle vil være at aflaste formand ex. I retningslinjearbejdet, mødeplanlægning osv.
- Valgperiode. Der vælges nye formænd nu og derfor nyt valg i 2026.

LI stopper som formand (siden 2013). Diskussion af fremtidig udvalgsarbejde:

- Formandens rolle: Arrangerer og leder møder og deltager i forretningsudvalgsmøder og i DCCG bestyrelsesmøder.
- Stort arbejde at revidere retningslinjer foreslås bredt ud i gruppen.
- Rasmus: ledelse af retningslinjearbejdet kan lægges ud til en 3. person
- LI det skal være frit for formand og næstformand at præge og pålægge ansvar for diverse opgaver.
- MK: 2 af årets møder kan afholdes som internat mhp. praktisk retningslinjearbejde.
- KE: Der skal udpeget ansvarlige personer, der skal stå for litteratursøgning og oplæg til internatet
- Økonomi: Der er en pulje i RKKP, der kan søges om årligt til afholdelse af internat
- Vi skal sikre at yngre kolleger der bidrager til retningslinjearbejdet, også kan få finansieret deres deltagelse i Internatmøde
- MK store retningslinjer prioriteres til arbejdet på internaterne.
- PB: Gerne materiale udsendt til hele gruppen inden internatet fra de ansvarlige grupper.
- HR: Gruppernes opgave er at udrede svaghed og styrker ved eksisterende evidens, og forelægge denne ved internat mhp konsensusbeslutning
- MK: Frivilligt arbejde og derfor er tilgangen en smule pragmatisk. Men der stiles mod at følge RKKP skabelonerne.
- HGS: hvor meget kvalificering af data kan RKKP bidrage med ex. Metaanalyse af evidensen??
- LI: RKKP kan deltage på fremtidigt møde mhp. hvad de kan bidrage med
- RK: Retningslinjerne skal være implementerbare i den kliniske hverdag.
- LI studier, der medfører en betydelig merudgift skal løftes til DCCC, hvor også hospitaldirektioner er repræsenteret.
- ACL: RKKP kan evt. stille programmer til screeninger af artikler til rådighed (erfaring med tidl PICO arbejde)
- Kan man engagere de yngre læger (evt. pointgivende til HU eller fellow) at deltage i retningslinjearbejdet?
- Camilla Qvortrup orienterer om DMCG budget 285.00 (formand, frikøb, årsmøde, webmaster, hjemmeside) og Retningslinjearbejdet 132.000 frikøb, og bl.a. internat og om hvordan onkologisk arbejdsgruppe har valgt at anvende beløbet. RKKP er fusioneret med behandlingsrådet til regionernes kliniske kvalitetsinstitut formentlig uden betydning for vores arbejde. Det skønnes realistisk med budget til 1 internat årligt i kirurgisk arbejdsgruppe.

MK opsummerer: Enighed om god ide med internatmøder med revision af store retningslinjer. Der udpeges grupper, der kommer med oplæg og diskussionen færdiggøres på mødet, herefter resterer kun prosaskrivning. Der kan gives midler fra DCCG puljen til et årligt møde. Der er enighed om, at der derudover bruges penge på RKKP litteratursøgning plus evt. screening af litteratur hos enkeltperson. Løbende vedligehold af retningslinjer foregår på de øvrige årlige møder.

Fremtidigt arbejde i kir. arbejdsgruppe – fortsat, samt retningslinjeplan

LI gennemgår aktuelle retningslinjer (Opdateret skema med dagens beslutninger rundsendes til gruppen).
En del af de nyligt reviderede vurderes fortsat relevante og der planlægges kontakt til RKKP mhp. forlængelse af disse retningslinjers gyldighed.

Fremtid for databasen v. Jon Bierregaard

Jon gennemgår databasens historie og fremtid.

KIP fungerer ikke.

Næste skridt er implementering af en forløbsdatabase med realtime variable, der registreres via SKS-koder, der dels eksisterer og dels konstrueres til databasen. Der vil fortsat være en del tastearbejde.

Diskussion om risiko for overfortolkning fra ledelsesplan og politikere, når disse data kan trækkes realtime.

Jons mission er at vi bevarer det faglige ejerskab og data anvendes til at forbedre patientbehandlingen.

FIT som indgangsport til kræftpakkeforløb – status og diskussion

Rasmus Krøijer gennemgår forslag til ny retningslinje (se tidligere fremsendte)

- Diskussion om engangstilfælde frisk blødning: ok formulering
- Sigmoideskopi afsnit (frisk blod) omformuleres.
- Praktiserende læge har ansvar for udredning inkl bestilling af CT thorax abdomen.
- Hvornår starter pakkeforløb?: Ved pos svar på FIT (i praksis ved henvisning).
- Når retningslinjen indføres, skal der påtænkes en auditering efter en passende periode.
- LI: Såfremt faglig enhed i DCCG kir gruppe, vil SST påtage sig at informere til andre relevante interessenter.
- Der indføres et punkt ang. vigtigheden af fortsat at følge CRC- screening trods negativ pakke FIT.

Konklusion: Rasmus sender korrigeret udkast til gennemsyn og afsluttende kommentarer når dagens kommentarer er rettet ind. Derefter 1 uges deadline til kommentarer retningslinjen skal ikke udsendes igen.

Der sendes orientering til styregruppen for screening, når endeligt udkast foreligger.

LI orienterer derefter SST mhp. videre forløb.

Formandsvalg:

Formand: Ismail Gögenur træder til som formand for arbejdsgruppen

Næstformand: Mads Klein

Koordinator for retningslinjearbejdet: Rasmus Krøijer

Arbejdsgrupper vedr. opfølgningsretningslinje arbejder

Gennemgang af arbejdsgrupper:

Patientstyret opfølgning:

Rekommandation: Opfølgning kan/bør tilrettelægges efter patientstyret princip.

Forudsætning er patientuddannelse.

Diskussion:

- Hvordan afklares om pt er kandidat/har kompetencer til patientstyret opfølgning?
- Hvad er tilbuddet til dem der ikke kan mestre selvstyring
- Man kan overveje en nationalt udbudt informationskilde ex. Via DCCG hjemmeside eller KB ang. Senfølger, selvbehandling og videre muligheder.

Imaging/skopi:

Rekommandation: Kontrol generelt bør vurderes på post MDT og efterfølgende fælles beslutningstagning med patienten ud fra bla overvejelse om risikoprofil, co-morbiditet og restlevetid

Muligt kontrolregime:

Minus kontrol: UICC I colon og rectum. Inkl. patienter der er completionreseceret uden resttumor

Plus kontrol UICC II+III. Fastholder aktuelle CT frekvens.

Endoskopi: Kun ifølge genetiker anbefaling ellers følges screeningsprogrammet.

Generelt ikke evidens for kontroller.

Ide til National trial: Brug af FIT50 efter 1år? Herefter screening.

Diskussion:

- Mulighed for individualiseret kontrol
- Bekymring om at undlade kontrol af UICC I rectum, der muligvis har en anden biologi end UICC I colon og for største delen vil være T2 (T1 er fj ved lokalresektion)
- Vi tænker forskelligt på MDT på tværs af landet (kontroltilbud vil blive forskellig på tværs af landet)

Biomarkører

Rekommandation:

CEA kan med fordel udskiftes med ctDNA, hvor dette er muligt med standardiseret test.

ctDNA som eneste opfølgning: vi afventer pågående RCT. Såfremt brug foreslås protokolleret. Positiv ctDNA skal medføre yderligere udredning på linje med forhøjet CEA.

Tidsplan for retningslinjen.

Der skal foreligge et udkast til retningslinje til mødet 12. september. Med endelig godkendelse på mødet før DKS Årsmøde til november.

Evt:

Issam: Vi mangler en national database til registrering af non operativ management/organbevarende behandling af C recti. Jesper Nielsen/Hans Rahr vil Henvende sig til radioterapiudvalget desangående.

MK: Der er stemning for årlig Internat, der passende kan afholdes i Middelfart/Fredericia.