

Sted: Comwell Odense
Dato: 14. august 2025
Klokkeslæt: 10.00-15.00
Mødeleder: [Navn]

Deltagere: Jon Bjerregaard, Camilla Qvortrup, Lars Bundgaard, Michael Lauritzen, Erik Vinkel,
Laurids Poulsen, Lars Maagaard, Karsten Dromph, Marianne Steding-Jessen, Anne
Fredsted, Charlotte Fausbøll

Afbud Lasse Thomsen, Jens Ravn Eriksen

1. Velkommen, præsentation

Ledelsesrepræsentant Lars Maagaard, vicedirektør fra Aalborg Universitetshospital, bydes velkommen i DCCG databasestyregruppen

Kort information om DMCG netværksmøde i Middelfart d. 23. oktober. Det er muligt med 2 repræsentanter fra hver database. Jon deltager og den anden plads er stadig ledig.

Info om Sundk konference 29-30 oktober, ligger desværre oveni DCCG årsmøde, så derfor er Erik indtil videre eneste repræsentant fra denne styregruppe til konferencen, udover sundk teamet.

Vi afventer høringssvar fra regionerne ift. LPR registreringsvejledningen deadline er 1. september.

Afventer udpegning af onkolog og kirurg fra arbejdsgrupper til at indgå i styregruppen. Skal godkendes af hhv. kirurgisk og onkologisk selskab sidenhen. Vi vil foretrække repræsentanter fra region Midt, som ikke er repræsenteret i styregruppen.

Udviklingsmøde afholdes 21. januar 2026 (Odense) – Anne booker og rundsender kalenderinvitation.

Tidsplan 2025: Årsrapport går i høring hos regionerne 29. august.

2. Gennemgang af årsrapport v/Marianne

Dækningsgrad: På landsplan meget fint. Horsens ligger dog meget lavt, de har kun indberettet 61% af deres patienter – så alle Horsens resultater i rapporten skal tages med forbehold. Det skal selvfølgelig bemærkes i rapporten.

Overensstemmelsesgraden: Den er lidt lavere specielt for Gødstrup og Næstved, dette kan skyldes overgang til nye SOR koder. Men på landsplan ligger den dog på 93%, så det er acceptabelt.

Indikator 1:MDT

Ser meget fint ud. Alle ligger over eller lige under standarden på 97%. Men hvilken gruppe er det egentlig der ikke kommer på MDT? Jon prøver at kigge ind i dette og vil præsentere udfordringen for kirurgisk arbejdsgruppe.

Indikator 2: TNM

Der ønskes Link til dccc's TNM klassifikation indsat i rapporten

https://dccc.dk/wp-content/uploads/2023/07/introduktion_til_8._udgave_af_uiccs_tnm_klassifikation_version_1.0_20170308.pdf

Indikator 4a: Anastomoselækage

Det er meget små tal, men det er en meget vigtig indikator der belyser en alvorlig komplikation for patienterne.

Vi kan overveje at lægge den ind som supplerende, blot vigtigt at den er med i årsrapporten.

Diskussion om den høje lækagerate hos AUH – tildeling af de sværest ramte patienter kan ikke undskylde dette.

Indikator 4b: kolo-kolisk anastomose

Det besluttes at beholde både 1 år og 3 år grundet det lave antal events

Afdelinger der har høje rater er velkomne til at kontakte databasen for at få yderligere data og detaljer

Indikator 4c: rectum anastomose

Vurdering: Camillas forslag til ændringer

Indikator 5: Postoperativ død

Indenfor 30 dag (gælder også for 90 dage):

- ret UOH til OUH (flere steder)
- patienter over 75 flyttes til supplerende tabel (så vi undgår kopi-kommenteringen)
- indsæt kommentar om den lave død hos under 75 årige (0,7%) indenfor 30 dage

Indikator 6: afstand til resektionsrande

Evt en tillægstabel med stadie?

Interessant at se andelen der ikke har fået forbehandling som ikke har frie rande.

Ny tabel med højde på tumor plus/minus forbehandling – Jon dykker ned i data og Karsten laver tabel

Indikator 8a: Patienter under 80 år med koloncancer med kontakt på onkologisk afdeling

Diskussion af om indikatoren skulle opgøres på kirurgiske afdeling. Besluttet at fastholde indikatoren opgjort på onkologiske afdelinger, da onkologerne ikke beslutter hvem der henvises men kun hvem der får tilbudt og opstarter onkologisk behandling.

Harm score (forslag til ny indikator):

Er den generelt for lav? Der er ret få genindlæggelse. Data sendes igen til Jens/Michael for at kvalitetssikre data, Afhænger også af hvad "genindlæggelse" dækker. Stemmer algoritmen? Vi skal sikre at genindlæggelsen sker på deres oprindelige forløb og ikke er et nyt forløb.

Vi ved der er en udfordring, noget der ikke stemmer – vi vil gerne have folk kigger i deres data og giver feedback. Hvis ikke indikatoren når at blive kvalificeret så tages indikatoren ud af den endelige rapport.

(Det skal gøres opmærksom på at harm scoren både dækker elektive og akutte forløb)

LINK til dashboard ønskes indsat i årsrapporten: <https://data-sundk.dk/>

Indledning:

Fremhæve TNM, Harm score og et års CT-kontrol, samt samarbejdet mellem kirurgisk og onkologisk arbejdsgruppe