



Referat

DMCG-Samling

- Torsdag den 4. juni 2026 kl. 09.30-16.00
- Milling Park Hotel Viaduktvej 28, Middelfart

Emne	Auditører	Noter
Ankomst og kaffe		
Velkomst, præsentation og indledning	Michael Borre	Michael byder velkommen til årets DMCG-samling. Kort præsentationsrunde salen rundt.
AUDIT 1 – DPCD Dansk Pancreas Cancer Database Præsentation af årsrapport 2024/2025 Auditering i plenum / Opsamling	NMSC & Camilla Qvortrup	
<p>REFERAT:</p> <p>Claus introducerer databasen. Historik tilbage i tid. Fokusområder over perioden 2011-2025. Styregruppe, inklusionskriterier, årsrapport, indikatorer. Beskrivelse af populationen. Gennemgang af indikatorsæt med fordele og ulemper ved små antal/lavt datagrundlag i indikatorer. Udviklingsmål, der burde være en minimumsstandard. Supplerende analyser i appendiks: Regional forskel i overlevelse efter diagnose og resektion: Region Nordjylland med lavere overlevelse end de øvrige regioner. Gennemgang af handlingsplan for de kritiske fund i årsrapporten: SundK kvalificering af resultatet i årsrapporten v. uddybende analyser, intern og ekstern audit i Aalborg, ekstern audit rapport.</p> <p>DPCG-konklusion på ekstern audit: Volumen af resektioner er for lavt i Aalborg. Styregruppen anbefaler samarbejde eller sammenlægning af kirurgisk funktion.</p> <p>Hvem skal handle? DPCG: Savner handleplan, når resultater viser kvalitetsbrist. Hvordan håndterer vi små populationer per år? Man kan overse kvalitetsbrist år efter år, hvis ikke man ser på data anderledes end ved kvalitetsindikatorer opgjort per år.</p> <p>Åben drøftelse i plenum af hvem der skal handle på kvalitetsbrist?</p> <p>Jens Winther: Der er en klar handleplan. Møde 18/6 mellem DPCG, SundK og Region Nordjylland. Det er regionerne, der har ansvaret for behandlingen. De skal tage resultaterne videre, også ved inddragelse af de danske sundhedsmyndigheder.</p> <p>Input fra plenum til de gennemførte analyser af kvalitetsbrist i Nordjylland. Der efterlyses en "hvidbog" for hvad man gør i tilfælde af kvalitetsbrist. KB og Sundhedsstyrelsen byder ind.</p> <p>Ansvarsfordeling mellem DPCG, regioner, SundK og Sundhedsstyrelsen drøftes.</p> <p>Auditering v/ NMSC foregår lidt flydende:</p>		



Generelt stor ros til det arbejde, der udføres i regi af DPCG/DPCD med uddybende analyser ift. resultater, der peger på kvalitetsbrist.

Kan man måle på mere bløde værdier end overlevelse?

Indlæggelsestid, intensivophold, livskvalitet. Claus fremhæver workshop med onkologerne ift. videndeling omkring behandling.

Kommunerne: Måle på hvem henvises til kræftrehabilitering? Generisk PRO-skema.

Camilla Qvortrup: Der mangler data og opgørelser for typer af den onkologiske behandling. Henviser til retningslinje omkring onk. behandling.

Jens Winther: Tak for input fra patientrepræsentanterne og KB. Ingen ønsker at lægge låg på de fremlagte resultater.

Input til anvendelse af SKS-koder til data i LPR/Pato: Koder for behandlingssigte findes aktuelt, obs! på om der kodes.

R0/R1 resektion drøftes ift. indikatoren.

SNOMED koder for patologien anvendes allerede i DNKK. PC-diagnose uden biopsi: Ja ca. 20%.

Michael Borre: Ros til databasen, men er det behandling eller tidlig diagnostisk der skal skrues på for at gøre det bedre for patienterne i fremtiden?

Inna Chen, DPCD: Optimistiske nye data for KRAS-markør mhp. targeteret behandling.

AUDIT 2 – DNOR Dansk Neuro-Onkologisk Register
Præsentation af årsrapport 2024
Auditering i plenum / Opsamling

DPCD & Claus Fristrup

REFERAT:

Steinbjørn introducerer databasen og sygdomsområdet, inkl. DNOG/DNOR.

Historisk tilbageblik på etablering af DNOR og TOPICA løsningen.

DNOR Årsrapport 2024: Indikatorsættet gennemgås + resultater for 2024.

Indikatorer vedr. tid til patologisk diagnose og tid til MGMT-status: Udfordret af opdateringer af WHO Patologiklassifikationen, der gør diagnostikken tiltagende kompleks, og dermed kan tage længere tid.

Skift til fokus på meningeomer, hvor incidensen er kraftigt stigende.

Særkapitel til DNOR Årsrapport 2024 vedr. meningeom epidemiologi, incidens, behandling og opfølgning.

Særkapitel bidrager til revision af kliniske retningslinjer, og resultater sammenskrives og indsendes til publikation i videnskabeligt tidsskrift.

Steinbjørn gennemgår resultater fra særkapitel / resultater i kommende publikation.



Kommende udviklingsfokus er omlægning af databasen til ren LPR-database. Udfordringer, da nogle data ikke kan findes i LPR. Kildedata er EPJ, derfra videre til LPR.

Auditering v/ DPCD:

Inna Chen auditerer: Ros til databasen, men indikatorsettet reflekterer kun en snæver del af patientforløbet. Der savnes indikatorer for patientens funktion, PRO, rehabilitering.

Desuden er selektion ved biopsi/operation en udfordring, der er et mørketal, som ikke inkluderes i DNOR.

Claus Fristrup: Savner at de patienter, der ikke er patologiverificeret, er en del af databasen. Ønsker opgørelse af overlevelse for dem, der ikke er reseceret + for dem, der ikke er onkologisk behandlet.

Camilla Qvortrup: Tid til patologi + MGMT drøftes. Christian Bonde: Introduktion af Nanopore teknologi gør de to indikatorer overflødige på sigt forventeligt.

Claus Fristrup: Fortsat fokus på outcome overlevelse efter forskellige typer behandling eller ingen behandling. Små antal er en udfordring + xx

Spørgsmål til DNOR:

Jf. slides fra Inna Chen.

Spørgsmål fra Merete omkring manglende Patientrepræsentation i databasen?

Steinbjørn: Der er blevet afholdt en workshop med en gruppe af patienter tilbage i 2023. Findes på DNOR's web under SundK. Rapport udgivet af daværende RKKP. De bløde værdier kom frem, gode drøftelser med gode input fra de deltagende patienter og pårørende.

Frokost

Tema – Oplæg og diskussion

1. Agnete Vale Nielsen

Enhedschef – Enheden Sygehuse og forløb Sundhedsstyrelsen

2. Jens Winther Jensen

Direktør for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut - SundK

Kvalitet på Kryds & Tværs

Kræftpakkerevision og forløbstider
Diskussion

SundK runder 18 måneder – Erfaringer, tiltag & visioner
Diskussion

Se PP slides

Se PP slides

Pause

AUDIT 3 – NMSC Hudkræftdatabasen
Præsentation af årsrapport 2024/2025
Auditering i plenum / Opsamling

DNOR & Jon Bjerregaard

REFERAT:

Anna Lamberg (formand) starter:

Hudkræft er den hyppigste form for kræft i DK, som langt de fleste blot lever med.



Patientforløbet er i berøring med mange sektorer: praktiserende læge, speciallæge (dermatolog og plastikkirurg), hospitalsvæsen.

De fleste behandles hos praktiserende speciallæge.

DMCG'en opstartet i 2023, og dækker mange specialer og sektorer.

Henrik Sølvsten (formand) forsætter:

Viser stigning i antallet af hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis hen over de seneste 10 år. Antallet af praktiserende dermatologer er ikke steget tilsvarende.

I samme graf, er de plastikkirurgiske speciallæger og plastikkirurgiske hospitalsafdelinger nu kommet med (dog kun for et enkelt år).

Viser deres indtastningssystem (Sentinel), som anvendes hos de dermatologiske speciallæger. Hvor der også arbejdes med at anvende ICD11 frem for ICD10, for mere specifik topografi.

Databasen er gået fra at være en behandlingsdatabase til at dække et sygdomsområde.

Generelt er dækningsgraden god, men der nogle få ydernumre som ikke indberetter – ongoing arbejde.

Michael (Plastikkirurgi på HGH) fortæller:

Viser billeder af hudkræft, for at illustrere den store differentieret grad af sygdommen og behandling.

Pointere hvor omstændigt det er at registrere hudkræft i speciallægepraksis, da de kan have rigtige mange hudkræfttilfælde samtidigt.

Audit fra Jon Bjerregaard (DCCG):

Jon pointer omfanget af rapporten på 159 sider, 44 tabeller og 26 figurer.

Volumen er rigtig stor sammenlignet med kolorektalcancer databasen.

Jon viser en illustration af indikatorer på plastikkirurgisk hospital med stor variation mellem afdelinger.

Der efterspørges en bedre forklaring på hvorfor ikke alle patienter skal histologisk verificeres i årsrapporten.

Man kunne overveje at revidere i indikatorerne da de fleste er stagneret på et højt leje.

Kunne det være interessant at se på strukturelle indikatorer, f.eks.:

Antallet af speciallægepraksis fordelt i landet.

Patient flowet rundt i sygehusvæsenet.

Henrik:

Der arbejdes allerede med at beskrive patientens vej rundt i sektorer, da vi lige så stille er begyndt at medtage hospitalssektoren.



Data fra plastikkirurgiske afdelinger på hospitalerne skal tages med store forbehold, da der stadig er store usikkerheder med data.

Spg/kommentar fra plenum:

Camilla Q:

Er der en forklaring på variationen i anvendelse af antibiotika?

Michael: Der kan være kulturelle forskelle i villigheden til at udlevere antibiotika.

Det er interessant at databasen er bygget op omkring tumorer og ikke bare unikke patienter, kontra andre databaser. Kunne det give mening at indrapportere på patient niveau i stedet for tumor?

Afrunding

Michael Borre