

# Standardisering på tværs af kræftdatabaser

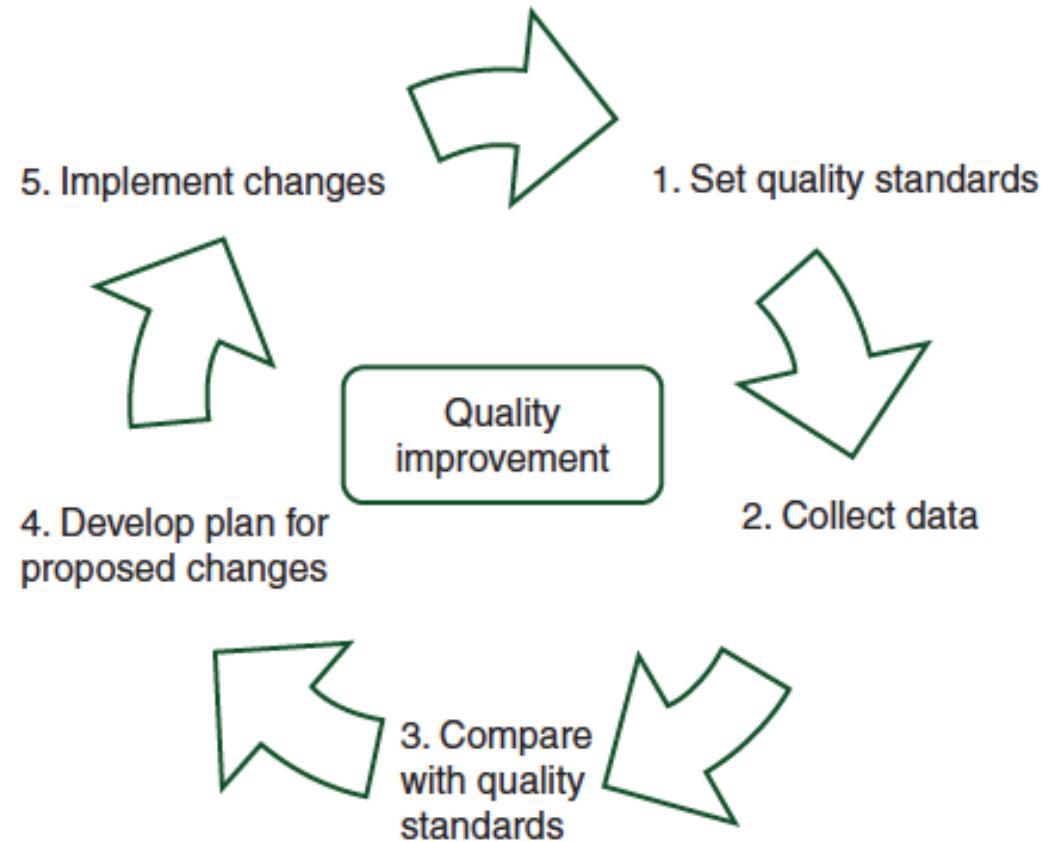
---

## MDT data



# RKKP Kvalitetskonferencen 2022

- **Auditering og evaluering er central i enhver kvalitetsforbedring**



# MDT'en i fokus for kvalitetsforbedring



# Survey rapport MDT-konferencen



- **To spørgeskemaer**
  - **Cancergruppens formænd (15 ud af 25)**
  - **MDT-konferencen (57 besvarelser)**

# DMCG formændene

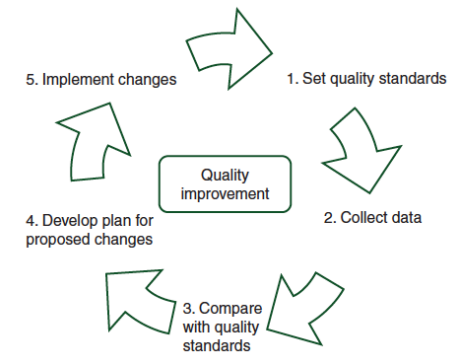


- meget få DMCG'er har en retningslinje for MDT-konferencens afholdelse
- drøftelse af patientcases på MDT-konference for 80% s vedkommende ikke registreres systematisk i databasen og/eller i LPR med SKS-kode
- meget få grupper har kliniske retningslinjer, der angiver hvilke kliniske spørgsmål, der skal afklares på MDT-konferencen (såsom f.eks. TNM-stadie og behandlingsmuligheder) – mens flertallet i retningslinjerne har beskrevet, hvilke behandlingstilbud patienterne skal tilbydes.
- næsten halvdelen af grupperne har ikke i de kliniske retningslinjer udspecificeret, hvilke patienter der skal vurderes på MDT-konference
- to tredjedele har ikke en retningslinje, hvori det angives hvilke oplysninger om patienten, der skal foreligge forud for konferencen, eller hvilke spørgsmål der skal afklares på konferencen
- flertallet har ikke en retningslinje, der angiver, at patientens eventuelle somatiske komorbiditeter skal vurderes/inddrages ved MDT-konferencen
- 60% af grupperne angiver, at der ikke i en retningslinje er angivet, at patientens eventuelle psyko-sociale, støttende & palliative plejebenhov skal tages i betragtning i forhold til MDT-konferencens beslutning
- ingen af grupperne har en retningslinje, der foreskriver information om second opinion
- Intern audit på MDT-beslutninger foregår i nogen udstrækning mens eksterne audit ikke forekommer
- Nationale konferencer foregår i en del cancergrupper, mens site-visits er sjældne.

# Deltagere fra MDT'en



- Faste deltagere for omkring 80% af alle konferencer er onkologer, patologer og radiologer
- Ca. 63% af alle patienter i DMCG's kræftpakkeforløb drøftes på MDT-konferencen
- De øvrige 37% patienter, der ikke drøftes, begrundes i at de for 12,5%'s vedkommende er oplagt inkurabel, 29% er oplagte og let kurable, og måske overraskende 58% (14 ud af 24) falder inden for andre kategorier, som ikke er nærmere karakteriseret
- Knap halvdelen af konferencerne registrerer drøftelse på MDT-konference systematisk - enten direkte i databasen eller i LPR med SKS-kode
- Knap 58% af konferencerne inddrager helt eller delvist patientens præferencer i diskussion og be-slutning på MDT-konferencen
- Knap 44% af konferencerne nedfælder ikke konferencebeslutningen på stedet
- Knap 58% sikrer/kontrollerer ikke systematisk, at beslutningsnotatet er en korrekt gengivelse af MDT-beslutningen
  - Kun tre ud af 57 konferencer foretager interne (i egen MDT-konferenceregi) audit på, at behandlingsbeslutningerne ved MDT-konference svarer til bedste praksis / er i overensstemmelse med op-dateret retningslinje, mens det for eksterne audits kun er én af 57.
- Sitevisits indenfor DMCG'en ved andre MDT-konferencer afholdes for tre af 57 konferencer mhp erfaringsudveksling.



# Udvalg for tværgående indikatorer - DMCG



## ■ Kommissorium

### Baggrund

DMCG.dk har i *DMCG.dk strategi 2020-22*<sup>1</sup> udtrykt en fælles DMCG-ambition om, at indicatorsættene i de kliniske kvalitetsdatabaser er opdaterede og danner solidt grundlag for vidensbaseret kvalitetsudvikling af hele patientforløbet (mål 6). Den strategiske målsætning er yderligere specificeret i delmål, der bl.a. lægger op til at

- alle datasæt rummer tværgående indikatorer, der kan bidrage til en generel vurdering af 'kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark' på tværs af sygdomsområder (6.3)
- alle kræftdatabaser har variable eller indikatorer vedr. TNM, MDT-konference, den palliative indsats og komplikationer (f.eks. re-operationer, genindlæggelser, overflytning til højere pleje/behandlingsniveau, interventionsradiologi) (6.4).

# Udvalg for tværgående indikatorer - DMCG



## ■ Formål

### Formål

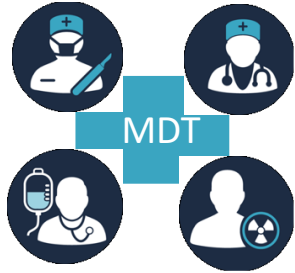
Udvalget skal drøfte og specificere forslag til 'en fælles kerne af indikatorer' på tværs af de sygdomsspecifikke databaser.

Den fælles kerne af Indikatorer skal ideelt set leve op til følgende kriterier:

- Skal afspejle en tværgående generel vurdering af 'kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark' på tværs af sygdomsgrupper.
- Skal klinisk meningsfuldt kunne anvendes i hovedparten af cancerdatabaserne.
- Skal bruges aktivt i kvalitetsudviklingen på de inkluderede sygdomsområder.
- Datakompletheden skal forventeligt være høj.
- De tværgående indikatorer tilstræbes baseret på eksisterende datadatakilder i databaserne.
- De tværgående indikatorer skal – ligesom øvrige indikatorer i databaserne – opfylde lovgrundlaget for de kliniske kvalitetsdatabaser<sup>4</sup>.

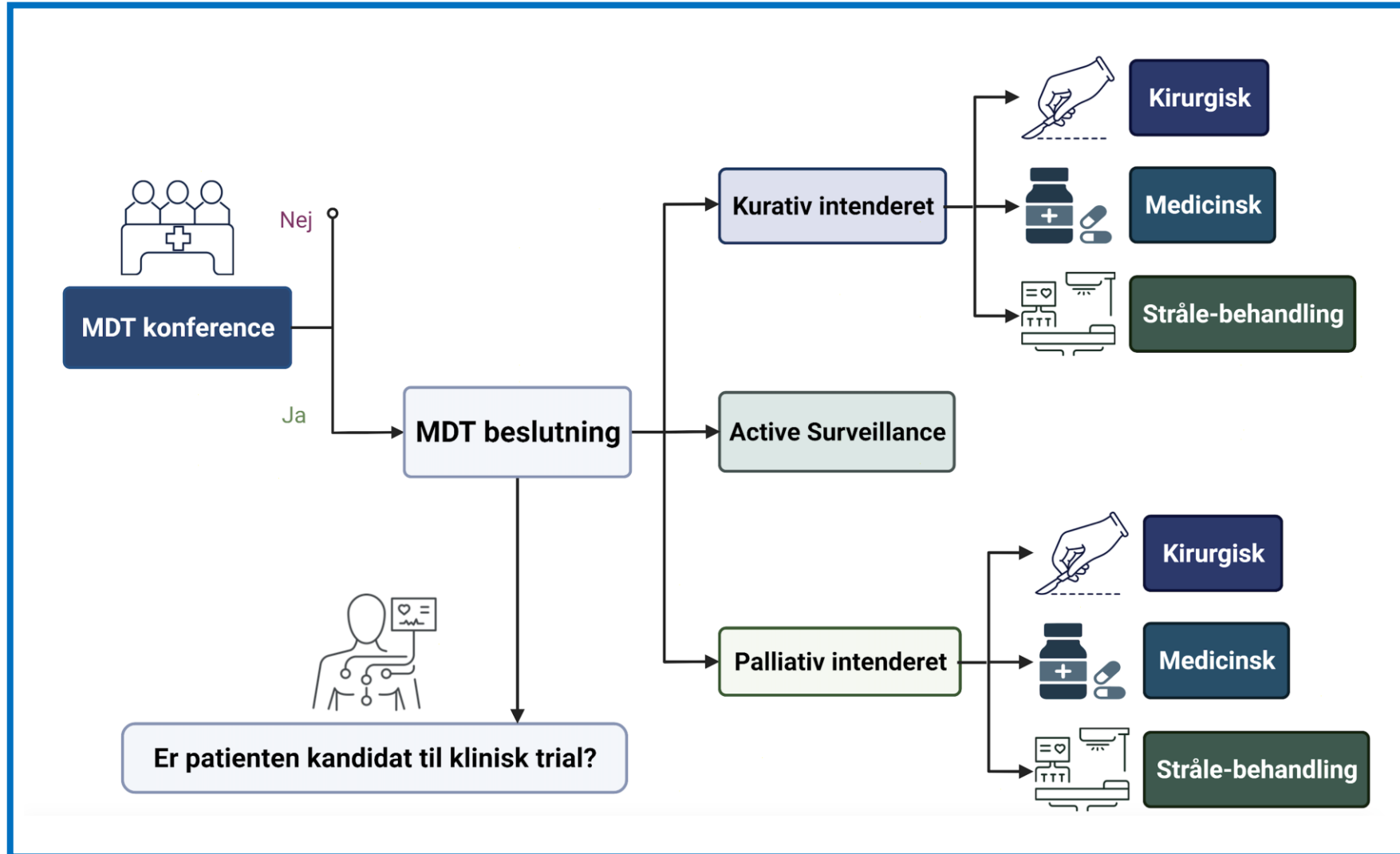
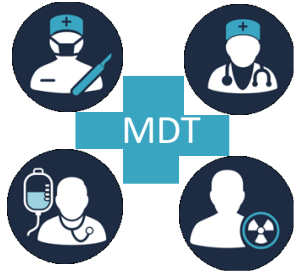


# Udfordringer i forhold til at oprette tværgående indikatorer



Klinisk variabel	Hyppeghed	Kommentar
<i>Er MDT registreret</i>	4 af 23	To af databaserne (DCCG og DAHANCA) registrerer MDT som en ja/nej-mulighed, men de to resterende (DPCD og DLGCD) registrerer MDT-beslutning
<i>Er der foretaget palliativ vurdering på diagnosetidspunktet</i>	1 af 23	Kun den palliative database registrerer specialiserede palliative parametre, men 14 af 23 databaser registrerer få palliative parametre, især behandlingsintention
<i>Er fragilityregistreret</i>	13 af 23	Fragility registreres primært med WHO's performance status. DLCR benytter dog EORTC og DAPROCA og DaRenCa benytter et patientspørgeskema. Årsrapporten angiver ikke hvilket spørgeskema, men angiver, at MDT-konferencen benytter WHO performance status
<i>Er livsstilsfaktorer registreret</i>	12 af 23	Halvdelen af databaserne registrerer mindst en livsstilsfaktor, men kun 6 databaser (DAPROCA, DaRenCa, DCCG, DECG, DGCD og DLCR) har en relativt komplet indsamling.
<i>Er komorbiditet registreret</i>	17 af 23	15 af de 17 databaser, der registrerer komorbiditet benytter Charlsons score eventuelt suppleret med specialerelevant komorbiditetsprofil (navnlig tidligere tromboser i de hæmatologiske registre) og ASA score. DGCD og DLGCD benytter hhv. en liste over 22 komorbiditeter, der minder en del om Charlson og DLGCD benytter kun leverkomorbiditet.
<i>Er onkologisk vurdering registreret</i>	22 af 23	Alle registre på nær det palliative registrerer mindst en form for onkologisk behandling med varierende detaljegrad, der skalerer fra kemoterapi ja/nej til variation mellem forskellige cytostatiske lægemidler. 11 databaser specificerer, om der er tale om neoadjuverende behandling. 8 databaser registrerer, om der er tale om adjuverende behandling (dog udgået i DECG)

# Oplæg til dataindsamling i relation til MDT struktur på tværs af kræftområderne



??



CENTER FOR  
SURGICAL  
SCIENCE

REGION ZEALAND  
ZEALAND UNIVERSITY HOSPITAL

