

Referat fra DAPROCA internatmøde, 14. – 15. september 2017, Munkebo Kro, Kerteminde

Deltagere:

Michael Borre (MB), Lise Nørgård Bentzen (LB), Søren Friis (SF), Steinbjørn Hansen (SH), Niels Harving (NH), Helle Hvarness (HH), Henrik Jakobsen (HJ), Mads Hvid Poulsen (MHP), Mette Moe Kempel (MM), Henriette Lindberg (HL), Lars Jelstrup Petersen (JL), Peter Meidahl Petersen (PM)

Afbud fra:

Klaus Brasso (KB), Ingegerd Balslev (IB), Karina Dalsgaard Sørensen (KDS)

Referent:

Henrik Jakobsen

Velkomst og orientering ved Michael Borre

Helle Hvarness har skiftet arbejdsplads som overlæge ved Urologisk Afdeling, RH til en stilling som overlæge ved Palliationsenheden, Herlev og Gentofte Hospital. Det er et ønske, at HH fortsætter i DAPROCA som repræsentant for Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPM). Man vil rette henvendelse til DSPM med ønske om udpegning af Helle.

Søren Høyer er udtrådt af DAPROCA, man afventer indstilling af andre kandidater.

Ingegerd Balslev har meddelt, at hun overvejer sit fortsatte virke i DAPROCA. Ingegerd vil vende tilbage med endelig information inden for den nærmeste fremtid.

Forskningslektor, Ph.D., Specialeansvarlig overlæge Ole Graumann, Radiologisk afd, OUH, er udpeget af Dansk Radiologisk Selskab som radiologisk repræsentant i stedet for Bodil Ginnerup Pedersen..

Mødereferat

1. Kræftplan IV

- a. Sekretariatet for nationale kliniske retningslinjer: Der er afsat 4 mio. kr. til sikring af ensartede retningslinjer. Sekretariatet har udtænkt en ny model, som ligger tæt op ad DAPROCA's model, dvs. engelsksproget baggrundsmateriale med kortfattet dansk resume/anbefaling. Man vil under alle omstændigheder have de kliniske retningslinjer (KR) oversat til engelsk, således at man kan opnå *benchmarking* over for udenlandske KR. Længere diskussion herom.
- b. Opdatering af kræftpakkeforløb: Man vil nu arbejde på at gøre kræftpakkeforløbene (KPF) mere klinisk orienterede, således at frist for

- udredning og behandling ikke kun er politisk begrundet. KPF skal successivt opdateres, man vil starte med lunge- og brystcancer.
- c. DCCC (Danish Comprehensive Cancer Center). DMCG'erne repræsenterer heri. Der er ikke sat de store penge af til et nationalt videntcenter. Der arbejdes med modeller for experimentel kirurgi og oprettelse af et (virtuelt) nationalt strålecenter. LB oplyste, at der er sendt ansøgning til Kræftens Bekæmpelse på vegne af samtlige onkologiske afdelinger med henblik på dette.
 - d. Der er afsat midler til Fase 1 kirurgi, man er klar til at modtage ansøgninger, frist 29/9. Ansøgning via web site vil blive annonceret af MB.
 - e. Status for Xofigo behandling i Danmark. Nu 3 centre: RH, Odense og Århus. Odense startede juni 2016 og har skønmæssigt behandlet 40 patienter (SH) medens Århus er startet for nylig. Man behandler tilsyneladende i Odense og Århus patienter med bedre PS og tidligere i det kastrationsresistente forløb idet bivirkningerne synes mindre udtalte og flere gennemfører fuldt behandlingsforløb end på RH. Man diskuterer dette, hvorvidt behandlingen skal tilstræbes givet tidligere, hvilket skal ses i relation til, at respons på behandling givet sent i behandlingssekvensen oftest vil have det dårligste *outcome*. MB stiller forslag om en national registrering af behandlingsforløbene på CRPC behandling. Dette skal ses på baggrund af manglende opbakning til Xofigo protokol for registrering af behandlingsforløb.

2. Medicinrådet

- a. Status. Ingen ved hvad status er ud over, at Inge Mejlholm (Onkologisk afd., Vejle Sgh.) er blevet udpeget som formand for prostatacancer. Ingen af DAPROCA's medlemmer er blevet spurgt om deltagelse, og der har ikke været kommunikation imellem Medicinrådet og DMCG'erne.

3. DAPROCAdata

- a. Der skal være ens koderegler for alle (også onkologer), som arbejder med prostatakræft-behandling. DMCG'erne byder ind med koderegler og koder til specialerne. Der pågår et løbende arbejde hvad angår datafangst.
- b. PRO/PREM vil blive udbredt på alle sygdomme. Står overfor test på udvalgte afdelinger.
- c. DAPROCAdata's kvalitetsindikatorer evalueres løbende, både hvad angår aktuelle indikatorer, men også hvad angår udvikling af nye. Aktuelt ikke nye indikatorer "på bordet".

4. Uro-onkologiske klinikker

- a. Man vil i fremtiden kunne byde på et kvalitetsløft gennem fælles uro-onkologiske klinikker, hvor patient og pårørende vil blive tilbudt samtale med urolog og onkolog ved fælles konsultation. Generel tilslutning (anbefaling) fra deltagerne.

5. SPCG

- a. Hjemmesiden lader meget tilbage at ønske og skal revideres. Skyldes formentligt, at Göran Ahlgren har haft mindre tid til SPCG i de seneste år.

- b. SPCG15 rekrutterer meget varieret på landsplan, med RH som absolut førende. Undskyldning for ikke at rekruttere er bl.a. patientønske om operation fremfor strålebehandling. Det pointeres på det skarpeste, at så længe SPCG15 rekrutterer i Danmark, er **strålebehandling standardbehandling, og operation kan kun tilbydes efter randomisering i SPCG15.**
 - c. Der er ønsker om at etablere fælles EAU/SPCG symposier.
6. Generelle DMCG vedtægter
- a. Udpegning af medlemmer til DAPROCA for alle regioner diskuteres. Der afventes nye regler.
 - b. Det diskuteres, om medlemmerne skal udpeges af og referere til de lægevidenskabelige selskaber (LVS). Der henvises til, at en valgperiode ikke nødvendigvis skal begrænses til 2 år med mulighed for genvalg. Længere periode kan være hensigtsmæssig af hensyn til kontinuitet. Det konkluderes, at DAPROCA bør referere til LVS, og tilstræbe regional repræsentation.
 - c. PM arbejder fortsat med en revision af DAPROCA's vedtægter.
7. DUCG/DAPROCA årsmøde 2018
- a. I lyset af senere års aflyste DUCG årsmøder, vil man tilstræbe at afvikle et 2018 møde. Det erkendes dog, at det kan være svært at samle mødedeltagere. LB anfører, at tiltagende subspecialisering er et problem, idet alle så ikke har glæde af det fulde program.
8. Evt. Intet at meddele
9. Indlæg ved Overlæge Henriette Lipczak, nyudnævnt sekretariatschef i RKKP (tidligere overlæge i Dokumentations- og Kvalitetsafdelingen, Kræftens Bekæmpelse) vedrørende fremtidens kliniske retningslinjer. Kvaliteten af de kliniske retningslinjer (KR) på landsplan skal udvikles og sikres, og tilstræbes lagt på central server i RKKP-regi, således at bl.a. opdatering sikres med passende intervaller. Der vil fra centrale dokumenter, fx "Kræftplan IV", kunne linkes til relevante afsnit i de enkelte DMCG'ers KR. KR skal kunne anvendes af alle hospitals-professionelle, DMCG'er, patienter, pårørende og borgere i almindelighed samt af offentlige instanser som Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. Indlægget afsluttedes med almindelig diskussion.
10. De Kliniske Retningslinjer:
- a. Lang og god diskussion. Der var enighed om, at proceduren for revision endnu engang bør strammes, således at **alle indsender deres reviderede forslag senest 3 uger inden mødet, og at der arbejdes i seneste dokumentudgave, som vil være den udgave der blev godkendt året før, og som udsendes til deltagerne i god tid inden deadline.**
11. Protokoller:
- a. Søren Friis præsenterede protokollen: "Impact of Atorvastatin on development of castration resistance – a phase 3 double blind randomised study". Baggrunden er flere observationsstudier, bl.a. nylige danske, som tyder på en positiv effekt af statiner på sygdomsudviklingen. Disse har ført til anbefaling af

fremtidige randomiserede studier. Protokollen er udgået fra Finland, og man ønsker dansk deltagelse. Protokollen blev diskuteret, idet man på mødet fremførte forslag til ændringer. Det bemærkedes, at langt flere danske end finske mænd er i daglig statinbehandling, hvilket kunne give rekrutteringsproblemer i Danmark. *Endpoints* diskuteredes. Økonomi ikke på plads endnu, men er absolut et problem, som skal løses. DAPROCA tilkendegiver principielt sin deltagelse.

- b. OLIGOMET – protokollen (RP + SBRT vs. ADT ved primær M1 sygdom). Jørn Skibsted Jakobsen havde desværre ikke mulighed for at fremlægge protokollen på grund af sygdom. Der er indkommet kritiske kommentarer fra KB. Flere deltagere mente, at de i forløbet med udarbejdelse af protokollen ikke var tilstrækkeligt orienteret om indholdet, førend den nu foreligger i godkendt form fra Etisk Komité's side. Man var frustreret over, at den ikke var udsendt til DAPROCA til kommentering før indsendelse til Etisk Komité. Der var desuden kommentarer til inklusion af M0 patienter. Dette har bl.a. betydet, at Aalborg Sgh. ikke ønsker at deltage på grund af tvivl om end-points samt mulighed for inklusion af M0 patienter. Aalborg ønsker derimod at deltage i den tyske protokol ligesom RH. Den danske protokol afventer navne på Sponsor og Primær Investigator efter at Jørn Skibsted Jakobsen pr. 1/12 tiltræder en stilling som Medicinsk Chef for Urologi i Ferring. Når disse navne forligger, vil DAPROCA gerne deltage i en diskussion om protokollen.
- c. Behandling af Oligometastatisk sygdom ved recidiv – blev udsat gr. tidspres
- d. CIRRO – blev udsat gr. tidspres
- e. Øvrige studier på tegnebrættet: LB og HL redegjorde for en ny protokol hvori patienter med både lokalavanceret sygdom som olimetastatisk sygdom kan inkluderes. Protokollen er fortsat under udarbejdelse, endelig protokol afventes.

Næste møde

3. april 2018. Mødested: **IDA Mødecenter** □ Kalvebod Brygge 31-33 □ 1780 København V.