



DMG

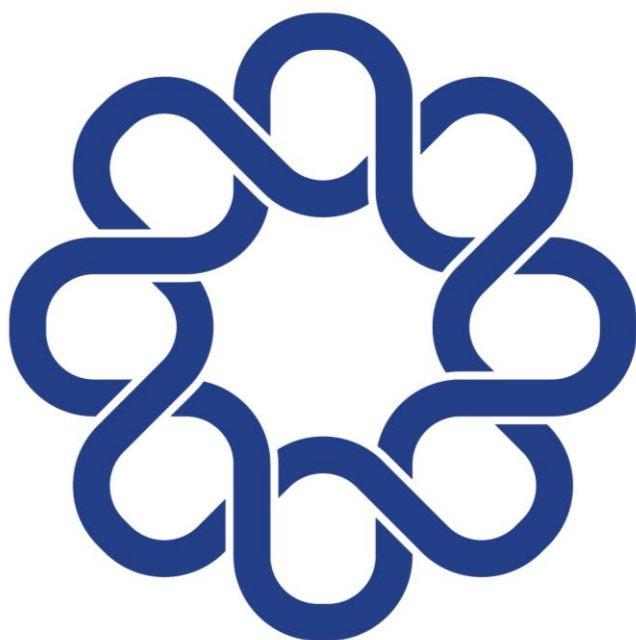
Årsberetning for 2024

Dansk Melanom Gruppe

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)

Udgivelsesår: 2025

Udgiver: DMCG-sekretariatet
Hedeager 3
8000 Aarhus N



Indholdsfortegnelse

1. Kort resumé	2
2. Rapportudarbejdelse og bestyrelse.....	3
3. DMCG'ens organisation	4
4. Statusbeskrivelse	5
5. Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025.....	7
6. Forskningsaktiviteter mv. i 2024.....	12
7. Plan for 2025: planlagte aktiviteter	14

1. Kort resumé

Skriv her et kort resumé af årsberetningen, rettet til de læsere, der ønsker at danne sig et hurtigt overblik over området.

Resuméet vil indgå i den samlede syntese af alle 25 DMCG'er.

Maks ½ side.

Arbejdet i DMG i 2024 har centreret sig om udvikling af og påbegyndelse af implementering af 2 nye retningslinjer, som har været diskuteret gennem året og særligt på vores tværfaglige retningslinje-seminar (internat):

Opfølgningsprogram for kutant melanom <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/melanom/andet/Opfolgningsprogram-for-kutant-melanom/>

Neoadjuverende behandling af melanom <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/melanom/onkologisk-behandling/neoadjuverende-behandling-af-melanom/>

Herudover er flere andre nye retningslinjer udkommet og andre revideret; bla.

TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til cancerregisteret samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom

Herudover har vi i DMD arbejdet med automatisk fangst af patologi-data. I 2023 fik vi algoritme for data for primærtumor. I 2024 har vi arbejdet med algoritme for sentinel node biopsi.

I 2025 er nedsat tværfaglig arbejdsgruppe, som skal identificere data til opfyldelse af andre kliniske indikatorer, som kan identificeres i LPR.

2. Rapportudarbejdelse og bestyrelse

Årsberetningen 2024 for den multidisciplinære cancergruppe er udarbejdet af:

Lisbet Rosenkrantz Hölmich, professor, overlæge, dr.med. Afdeling for Plastikkirurgi, Herlev og Gentofte Hospital, DSPR/DMG; lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk

DMCG'ens formand: Lisbet Rosenkrantz Hølmich

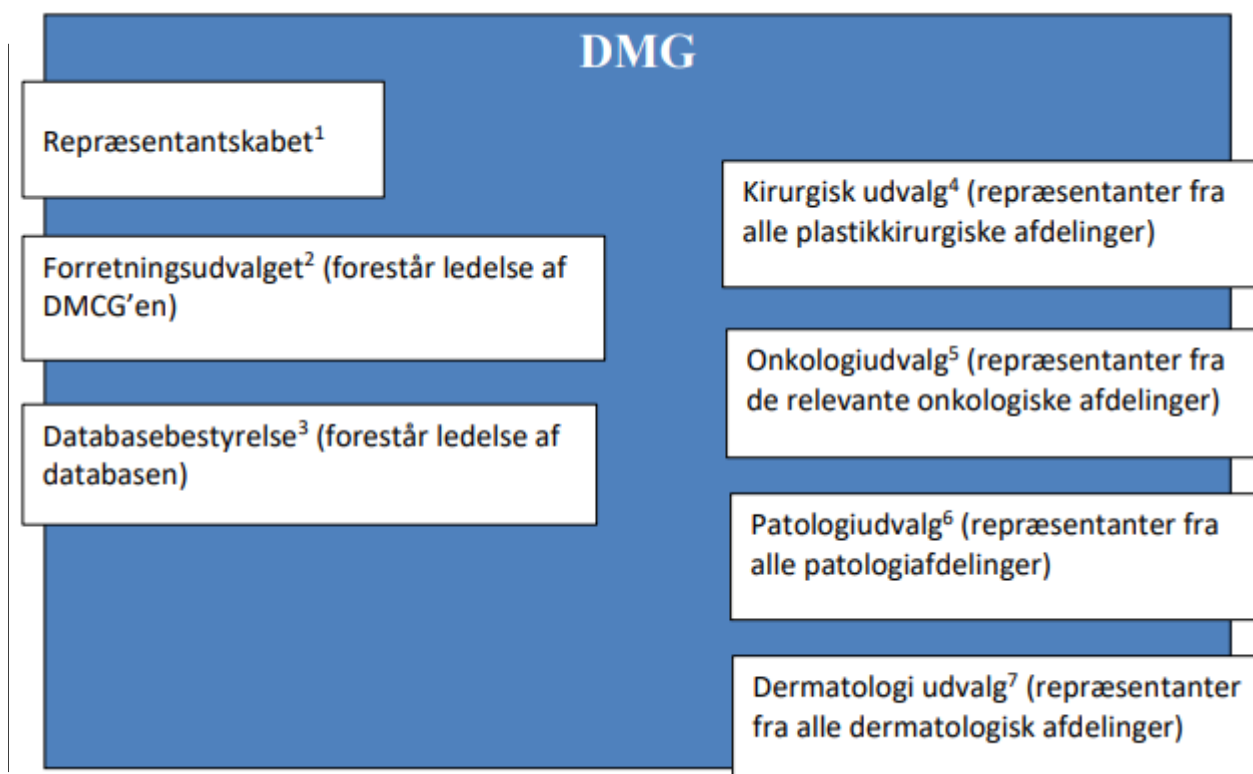
DMCG'ens op til tre medlemmer af DMCG.dk repræsentantskabet¹: Lisbet Rosenkrantz Hølmich, Grethe Schmidt, Christina H. Bruvik Ruhlmann

DMCG'ens bestyrelse 2024 angives i tabellen herunder:

Navn	Titel	Arbejdssted	Fagligt tilhørsforhold*
Lisbet Rosenkrantz Hölmich	Professor, overlæge, dr.med.	Afdeling for Plastikkirurgi, Herlev og Gentofte Hospital	DMG – valgt af repræsentantskabet
Grethe Schmidt	Overlæge	Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet	Dansk Selskab for Plastik og Rekonstruktionskirurgi
Henrik Schmidt	Klinisk lektor, Overlæge, dr.med.	Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
Inge Marie Svane	Professor, overlæge, PhD	Afdeling for kræftbehandling, Herlev og Gentofte Hospital	Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
Pia Wirenfeldt Staun	Overlæge	Afdelingen for klinisk patologi, Odense Universitetshospital	Dansk Patologiselskab (2. halvår)
Johanne Lade Keller	Overlæge, lektor, PhD	Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital	Dansk Patologiselskab
Tine Vestergaard	Overlæge, PhD	Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital	Dansk Dermatologisk Selskab
Marie Brinch-Møller Weitemyer	PhD-studerende	Afdeling for Plastikkirurgi, Herlev og Gentofte Hospital	Akademisk sekretær for DMG

* (F.eks. kirurgi/onkologi/patologi/videnskabeligt selskab/ patientforening/region etc.)

3. DMCG'ens organisation



¹Alle interesserede læger involveret i melanomdiagnostik og behandling kan deltage i det årlige repræsentantskabsmøde. Ved afstemning har hver afdeling 1 repræsentant.

²Medlemmer af DMCG-bestyrelsen er angivet i forrige afsnit

³Medlemmer af databasebestyrelse: Lisbet R. Hölmich, Siri Klausen, Grethe Schmidt, Inge Marie Svane, Tine Vestergaard, Vibeke Vestergaard, Anne Wandler, Anders Gravergaard, Mette Nielsen, Anette Pilt, Emir Hassanbegovic, Henrik Schmidt, Johanne Lade Keller, Helle Skyum, Charlotte Aaquist Haslund, Henrik Sølvsten, Marie Brinch-Møller Weitemyer, Anne Pontoppidan, Merete Schmiegelow, Hanna Birkbak Hovaldt, Linnea Damslund.

⁴Medlemmer af kirurgisk udvalg: LR Hölmich, Caroline Gjørup, Michael Prangsgaard Møller, Grethe Schmidt, Alessandro Venzo, Anne Lene Wagenblast, Linnea Langhans, Jette Bisgaard Løvenwald, Anders Gravergaard, Mette Wanshcer Kjærskov, Emir Hassanbegovic, Helle Skyum. Yngre læger: Neel Helvind, Marie Brinch-Møller Weitemyer, Sara Mølgaard Hansen, Mona Sharghbin, Sarah Holmboe, David Hebbelstrup Jensen.

⁵Medlemmer af onkologiudvalg: Inge Marie Svane, Lars Bastholt, Christina H Bruvik Ruhlmann, Henrik Schmidt, Eva Ellebæk, Marco Donia, Rasmus Friis, Louise Guldbrandt, Adam Andrej Luczak.

⁶Medlemmer af patologiudvalg: Johanne Lade Keller, Pia Wirefeldt Staun, Siri Klausen, Nina Løth Mårtensson, Anette Pilt, Vibeke Vestergaard, Kim Hein Lindahl, Ann Mari Rosager, Mette Ramsing, Mette Bybjerg-Grauholm, Lisa Bendroth-Asmussen, Gitte Wooler, Anne Wandler, Morten Johansen, Niels Korsgaard.

⁷Medlemmer af dermatologiudvalg: Tine Vestergaard, Katrine Karmisholt, Kati Hennele Kainu, Henrik Sølvsten, Henrik Lorentzen, Lotte Themstrup, Louise Schøsler, Katrin Bergmann, Ann-Katrine Rossau.

Retningslinjeudarbejdelse foretages af den samlede DMCG

4. Statusbeskrivelse

DMCG.dk og DMCG'erne arbejder aktuelt efter en samlet [strategi & handlingsplan for 2023-2025](#).

Anfør her en kort prosabeskrivelse af DMCG'ens aktiviteter i det forgangne år (2024) med udgangspunkt i, hvad der er sket på de strategiske indsatsområder:

- *Evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus*
- *Datastøttet kvalitetsudvikling*
- *Ny viden gennem forskning*
- *Patientperspektiv*
- *Evidensbaseret ensartet udredning, behandling, rehabilitering og palliation*

Beskrivelsen kan eksempelvis bygges op om besvarelse af flg. spørgsmål:

Hvad har vi været optaget af i 2024 i forhold til evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus:

Vi har særligt været optaget af at udarbejde, få godkendt og gøre klar til implementering af et **nyt evidensbaseret opfølgningsprogram**. <https://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/melanom/andet/Opfolgningsprogram-for-kutant-melanom/>

Den store stigning i antal patienter, som følges efter operation for melanom har gjort, at vi har måttet revidere vores opfølgningsprogram fra 2016 og nøje undersøge evidensen for de forskellige tiltag.

Et nationalt studie(1) af godt 27.000 danske melanom patienter registreret i Dansk Melanom Database i perioden 2008-2021, har kortlagt forekomst af 1. recidiv og død af melanom samt totaloverlevelse blandt alle stadier af melanompatienter. Resultaterne af dette studie har muliggjort en mere nøjagtig risiko-stratificering, hvor patienterne inddeles i 5 risiko-grupper (mod tidligere 4), og har, sammen med to selvstændige retrospektive kliniske studier fra 2 forskellige afdelinger og den internationale litteratur, dannet basis for ændringerne.

Vi har udvidet gruppen af patienter, som tilbydes rutinemæssige PET-CT-skanning til en ny gruppe 3, som får skanning efter 1 og 3 år. Opfølgning af patienter, som har haft fjernmetastase (gruppe 5) er blevet ensartet for onkologiske og kirurgiske patienter, og her er også indført flere PET-CT skanninger.

Samtidig har vi halveret antallet af kliniske kontroller, som ligger ud over skanningerne. Dette fordi vi kun fanger en beskeden del af recidiverne ved den kliniske undersøgelse. Der er nu øget fokus på at oplære patienterne i at holde øje med deres egen hud.

Endelig er brug af ultralydsskanning, som foretages hos den gruppe, som har fået påvist mikrometastaser i den sentinelle lymfeknude, også halveret, fordi gevinsten ved denne undersøgelse er marginal.

Rent praktisk er den ny retningslinje tilvejebragt efter adskillige oplæg med gennemgang af litteraturen og drøftelser på nationale møder og et retningslinjeseminar med stor tværfaglig deltagelse. Der har også været høring blandt tilgrænsende specialer (røntgen og nuklearmedicin), og RKKP har forespurgt DCCC om godkendelse af ændringerne, som er beregnet til faktisk at udmønte sig en besparelse på ca. 1,3 mill. Årligt. Der skal udføres ca. 500 flere PET-CT skanninger årligt, men tilgængæld spares ca. 900 ultralydskanninger og ca. 3000 kliniske kontroller.

Opfølgingsprogrammet er udrullet med virkning fra 01.01.2025 og patienter, som allerede er i forløb forventes at overgå til det ny program successivt, og under individuel hensyntagen.

Et andet fokuspunkt har været initiering af **neo-adjuverende behandling**. Dette anvendes i mange af de lande vi normalt sammenligner os med, fordi 2 kliniske RCT'er har vist signifikant forbedret recidivfri overlevelse hos patienter, som har fået immunterapi før operation for operable metastaser sammenlignet med dem, som først er opereret og så derefter har fået immunterapi.

Fra DMGs side er der enighed i onkologi og kirurgigruppen om, at neoadjuverende terapi har bedre effekt end adjuverende terapi. Der arbejdes på at initiere denne behandling tidligt i det nye år. Det forventes at omkostningerne er udgiftsneutrale, idet patienter med komplet eller nær komplet respons ikke vil behøve yderligere immunterapi. Denne besparelse vil kunne dække merudgifter til 2 stof immunterapi, til de patienter, der tåler dette.

Den største ændring i arbejdsfunktion vil være hos patologerne, som skal respons-evaluere, og funktionen centraliseres til Herlev hospital for region Sjælland og region Hovedstaden (Øst) af samme årsag.

Der er udarbejdet og administrativt godkendt en retningslinje om neoadjuverende behandling:

[https://www.dmcb.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer/opdelt-paa-dmcb/melanom/dmcb_neoadj_beh_melanom_v.1.0_admgodk271124.pdf](https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer/opdelt-paa-dmcb/melanom/dmcb_neoadj_beh_melanom_v.1.0_admgodk271124.pdf)

Vi har også fået en ny retningslinje om **TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til cancerregisteret samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom**

<https://www.dmcb.dk/kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcb/melanom/diagnostik/tnm-klassifikation-og-stadieinddeling/>

Vedr. datastøttet kvalitetsudvikling er vi i 2024 fortsat arbejdet med overgang til register-baseret datafangst. Foreløbig arbejdes kun med datafangst fra patologi-registeret. I 2023 implementerede vi indhentning af patologi-oplysninger vedr. primær tumor fra patobank. I 2024 har vi arbejdet med tilsvarende datafangst vedr. sentinel node biopsi.

5. Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025

I skemaet herunder gøres ultrakort status på de målsætninger, der er fastlagt i DMCG.dk's Strategi & handlingsplan 2023-2025.

Nummereringen afspejler numrene på de målsætninger, der er angivet i planen.

For uddybning af de enkelte målsætninger og baggrund se [Strategi & handlingsplan 2023-2025](#).

De målsætninger, der omhandler DMCG.dk eller øvrige parter besvares i et separat dokument, der vil fremgå af den syntese, der udarbejdes over årsberetningerne.

Nummereringen følger strategien og kan derfor 'hoppe' i nedenstående.

Mål	Målsætning	Ja	Nej
1.	Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens	x	
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, der er angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar: Vi er bagud med revision af 5 ud af 19 retningslinjer</i>		x
3.	De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser		
3.1	Kommunikerer jeres DMCG information om nye eller opdaterede kliniske DMCG-retningslinjer til de faglige miljøer senest 1 uge efter administrativ godkendelse? <i>Kommentar:</i>	x	
3.2	Dagsordensætter I nye og/eller opdaterede retningslinjer ved databasens styregruppemøder mhp. drøftelse af monitoreringsforslag anført i retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	x	
4.	Retningslinjer skal dække relevante tværgående sygdomsområder med høj grad af samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet		
4.2	Bidrager DMCG'en til at identificere og udarbejde tværgående kliniske retningslinjer? <i>Kommentar: Ja, vi har f.eks. retningslinje om screening og tidlig diagnostik, opfølgning mv.</i>	x	
4.3	Arbejder DMCG'en for, at der afdækkes behov for udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for opfølgning samt rehabilitering og palliation med involvering af relevante faggrupper og de kommunale sundhedstilbud? <i>Kommentar: Vi har omtalt palliation i den onkologiske retningslinje for inoperabelt melanom. Vi har endnu ikke lavet en retningslinje om rehabilitering, men vi er ved at nå dertil.</i>	x	
5.	Høj datakvalitet ved rettidig og korrekt registrering, kodning og validering		
5.1	Er der i DMCG'en en vedvarende registrering af data, så disse kan indgå i tidstro kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling? <i>Kommentar:</i>	x	
5.2	Har jeres DMCG en LPR3-kodevejledning svarende til eget sygdomsområde? <i>Kommentar:</i>	x	

6.	Indikatorsættene i de kliniske kvalitetsdatabaser danner solidt grundlag for vidensbaseret kvalitetsudvikling af hele patientforløbet		
6.1	Sikrer DMCG'en og databasestyregruppen at datasættene i de kliniske kræftdatabaser afspejler hele patientforløbet og udvalgte anbefalinger i DMCG-retningslinjerne? <i>Kommentar: vi mangler dels det præhospitalt forløb og dels det onkologiske forløb; der arbejdes på registerbaseret datafangst (projekt det næste år), hvorefter vi forventer at kunne sige ja til spørgsmålet</i>		x
6.2	Vurderer DMCG'en og databasestyregruppen årligt indikatorsættene mhp. eventuel opdatering? <i>Kommentar:</i>	x	
7.	Datastøttet kvalitetsudvikling i klinikken med nem adgang til tidstro data og udbredt kendskab til data		
7.2	Er det jeres vurdering, at alle medlemmer af databasens styregruppe er bekendte med adgangen til den løbende afrapportering fra databaserne i de regionale systemer ² ? <i>Kommentar:</i>	x	
8.	Afrapportering i årsrapporter har fokus på succeser og forbedringspotentialer		
8.1	Har I en kort sammenfatning (one-pager) i årsrapporten, der angiver de vigtigste succeser og udfordringer i det forgange år? <i>Kommentar:</i>	x	
9.	Data auditeres og der iværksættes forbedringsinitiativer på udvalgte områder		
9.3	Auditerer I jeres resultater i den kliniske database mindst én gang årligt i databasestyregruppen? <i>Kommentar:</i>	x	
9.4	Er der i databasestyregruppen i det forgangne år identificeret og iværksat relevante forbedringsinitiativer? <i>Hvis ja, hvilke? Vi har i flere år arbejdet på at danne algoritmer for automatisk datafangst fra Patobank. En arbejdsgruppe skal i 2025 beskrive algoritme for øvrige data, som også forventes at skulle trækkes fra eksisterende registre.</i>	x	
11.	Patienter tilbydes deltagelse i kliniske forsøg		
11.1	Gør jeres DMCG en aktiv indsats for, at der er protokoller til flest mulige patienter? <i>Kommentar: Onkolger på alle landets afdelinger arbejder sammen om protokoller til pt. Der er et kirurgiske forsøg i gang for patienter, som får foretaget sentinel node biopsi, som man arbejder på at gøre nationalt. Vi forventer også i 2025 at bidrage til et internationalt kirurgisk studie (MSTL-3 til pt. i neoadjuv. beh).</i>	x	
11.2	Arbejder DMCG'en for national tilgængelighed af protokollerne? <i>Kommentar:</i>	x	
12.	Kvalitetsdata omsættes til forskning til gavn for patienterne		
12.1	Har DMCG'en i det forgangne år bidraget til at skaffe evidens fra real world/fase IV undersøgelser af dansk kræftbehandling via kræftdatabaserne? <i>Kommentar: Flere studier på den onkologiske database DAMMED, hvor der også i et kommende studie kobles til DMD.</i>	x	

² <https://www.rkkp.dk/daglige-data/>

12.2	Har I i det forgangne år arbejdet for, at der skaffes evidens fra effekt af opfølgning? <i>Kommentar: Vi har i foregående år undersøgt og beskrevet værdien af rutinemæssig PET-CT hos pt. med høj risiko for recidiv. Vi er i gang med et studie af værdi af klinisk kontrol og ul-skanning i opfølgningen.</i>	x	
15.	Patientinvolvering på organisatorisk niveau		
15.3	Er der patientrepræsentation i a. jeres databasestyregruppe?	x	
	b. i DMCG-bestyrelsen?		x
	<i>Kommentar: Pt. repr. deltager aktivt i DMD og i DMCG'en på repræsentantskabsmøder, på retningslinjeseminar mv. Vi har ikke behov for patientrepr. på vores kvartalsvise FU møder og kan inddrage patientrepr. ad hoc.</i>		
15.4	Har DMCG'en i det forgangne år forholdt sig til systematisk, organisatorisk patientinvolvering? <i>Kommentar: ja -deltagelse i rep. møde og retningslinje seminar</i>	x	
16.	Vigtige behandlingsvalg træffes i samarbejde mellem sundhedspersonale og patienten		
16.3	Har I i jeres DMCG arbejdet på at identificere, udvikle og implementere beslutningsstøtteværktøjer i relevante beslutningssituationer? <i>Kommentar: ja, til adjuv. immunterapi, værktøj til SNB er under udvikling.</i>	x	
17.	Aktiv anvendelse af Patient Reported Outcomes (PRO) i kræftforløbet og implementering i de kliniske kvalitetsdatabaser		
17.3	Har DMCG'en i det forgangne år arbejdet på udvikling af relevante, evidensbaserede PRO til anvendelse i kræftforløbet? <i>Kommentar: Ja: HGH afdeling for plastikkir: har studie i gang med identifikation af bedste specifikke PROM til brug i opfølgning, og vi vil validere i større patientgruppe. I onkologien på AUH og OUH anvendes PROM via ambuflex</i>	x	
19.	De Multidisciplinære Team konferencer (MDT) videreudvikles		
19.2	Arbejder jeres DMCG gennem site-visits og gensidig læring for en ensartet conferenceform på nationalt niveau? <i>Kommentar: endnu kun på tegnebrættet</i>		x
20.	MDT-konferencer kvalitetssikres - lokalt og nationalt		
20.2	Har jeres DMCG udfærdiget en vejledning for kvalitetssikring af MDT-konferencerne? Vejledningerne skal bl.a. adressere deltagerkreds fra de nødvendige specialer, relevante patientgrupper og auditering. <i>Kommentar: retningslinje under udarbejdning</i>		x
20.3	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at sikre de nødvendige specialers/faggruppers deltagelse ved konferencerne? <i>Kommentar: der har været møder og seminar, hvor dette er diskuteret.</i>	x	
20.4	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at definere hvilke patientgrupper, der altid bør fremlægges på MDT-konferencerne for behandlingsbeslutning? <i>Kommentar: ja har været disk. på seminar og møder. Retningslinje på vej</i>	x	
20.5	Arbejder jeres DMCG for regelmæssig stikprøvebaseret auditering af de lokale MDT-konferencer ifht. om behandlingsbeslutninger er i overensstemmelse med gældende retningslinjer? <i>Kommentar: Må komme efterfølgende</i>		x
20.6	Arbejder jeres DMCG for auditering ved de lokale MDT-konferencer ift. behandlingsbeslutning ved et uventet patientforløb, såsom uventet tidligt recidiv efter kurativt		x

	intenderet behandling? <i>Kommentar: sjældent relevant. Den kir. beh. er særdeles standardiseret og retningslinjer følger i reglen.. Variation i recidiv skyldes tumorkarakteristika snarere end inferior behandling.</i>		
20.7	Koder jeres lokale MDT-konference til LPR? <i>Kommentar: Ja i reglen angives ZZ0190D</i>	x	
20.9	Monitoreres det i kvalitetsdatabasen, hvorvidt DMCG'ens relevante patienter fremlægges på MDT-konference? <i>Kommentar:</i>		x
23.	Konstruktive samarbejdsrelationer		
23.3	Arbejder I i jeres DMCG for styrkede samarbejdsrelationer med alle parter involveret i hele patientforløbet? <i>Kommentar: Vi har et særdeles godt tværfagligt samarbejde, bl.a. i kraft af fælles møder og seminarer.</i>	x	
24.	Relevant tværfagligt samarbejde		
24.1	Arbejder I i jeres DMCG for udbygning af organisationens tværfaglige kompetencer? <i>Kommentar: ja, f.eks. i forb. med neoadjuv. beh., hvor alle specialer har specifikke arbejdsopgaver, men har behov for fælles tilgang og viden om hinandens opgaver/kompetencer. MDT er også et vigtigt forum for styrkelse af det tværfaglige samarbejde.</i>	x	
24.2	Arbejder I i DMCG'en for en relevant tværfaglig repræsentation? <i>Kommentar: ja – både v. MDT, i udvalg, i Styregruppe og til møder, seminarer mv.</i>	x	
24.3	Understøtter jeres DMCG etablering af relevante tværfaglige samarbejdsformer? <i>Kommentar: Ja – vi har et tæt samarbejde, men også i kraft af organisering på hospitalerne.</i>	x	
25.	Kvalitetssikring af hele kræftforløbet på tværs af sektorer		
25.1	Arbejder jeres DMCG for et relevant tværsektorielt fokus? <i>Kommentar: Vi har taget de første skridt: Vi har et etableret samarbejde om patienter med høj risiko for nyt melanom i dermatologi i primærsektoren, hvortil risikopatienter henvises fra plastikkirurgi/onkologi (via egen læge). Der foregår systematisk undervisning af almen praktiserende læger på Lægedage og regionalt i tegn på melanom, biopsi i almen praksis, henvisningsmønster, tegn på recidiv.</i>	x	
25.5	Understøtter jeres DMCG i samarbejde med DMCG.dk og primærsektoren opfølgning i forhold til:		
	a. sygdomstilbagefald	x	
	b. rehabilitering	x	
	c. palliation	x	
	<i>Kommentar: Pakkeforløb for modermærkekræft omfatter også mistanke om recidiv: hvis pt. stadig har et åbnet forløb kontaktes kontrollerende afdeling. Ellers henvises fra praksis til hospitalet i pakkeforløb. Efter operation henvises til genoptræning i primærsektoren. Ved tegn på kronisk lymfødeme henvises til specialiseret fysioterapi.</i>		

	<i>Palliation varetages af egen læge, medicinsk afdeling, onkologisk afdeling og plastikkirurgisk afd. hvis generende tumorer skal fjernes etc. Indsatser varierer afhængig af forløb og gener.</i>		
	<i>Kommentér gerne her, hvis der er konkrete emner I ønsker løftet i DMCG.dk forretningsudvalget. Vi ønsker mulighed for henvisning FRA hospital TIL speciallæge i primærsektoren (plastikkirurg og dermatolog). Det er SÅ tungt for patienterne at vi må bede dem gå til egen læge for at få en henvisning, når det er noget, vi har fundet indikation for på hospitalet.</i>		

6. Forskningsaktiviteter mv. i 2024

Karakteren af den indmeldte DMCG forskningsaktivitet har været yderst forskelligartet. I et forsøg på at opnå et reelt og retvisende billede heraf, er DMCG.dk FU enedes om, at forskningsaktiviteter for fremtiden defineres som aktiviteter initieret af DMCG'en, herunder protokoller, projekter og peer reviewede publikationer med tydelig angivelse af denne affiliering. Det vil for praktiske formål typisk betyde, at DMCG'ens navn skal indgå i projektets eller publikationens overskrift.

Indsæt antal i tabellen og angiv øvrige oplysninger under de relevante overskrifter. Den aktivitet der ønskes angivet, er kun igangværende aktivitet.

Igangværende aktiviteter i 2024	Antal
Protokoller	
Projekter baseret på DMCG'en	1 i gang, 2 undervejs
Projekter baseret på databasen. ³	1 igangværende
Projekter med nordiske samarbejdspartnere	1 igangværende
Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en	1

Projekter baseret på DMCG'en

- PRIME – et multicenter kirurgisk studie om brug af tranexamsyre i forbindelse med re-excision og sentinel node biopsi. Flere centre er aktive og flere forventes opstart snart
- PROM i opfølgning; netop opstartet på Herlev hospital; forventes udbredt til alle på sigt.
- Beslutningsstøtteredskab til sentinel node biopsi, en arbejdsgruppe er nedsat og første møde afholdes primo 2025

Projekter baseret på databasen

- Helvind NM et al. Et igangværende projekt om forekomst af og prognose for multipel melanom sammen med den svenske database
- Real-world impact of adjuvant anti-PD-1 therapy on survival in Danish resected stage IIIA-D melanoma patients
- Survival impact of sentinel lymph node biopsy in Danish melanoma patients
- Performance of a clinicopathologic and gene expression model in predicting sentinel node metastasis and survival in Danish melanoma patients

Projekter med nordiske samarbejdspartnere

- Helvind NM et al. Et igangværende projekt om forekomst af og prognose for multipel melanom sammen med den svenske database

³ Som ny procedure i 2024, er fra RKKP sendt oversigt til DMCG-formænd over de projekter, der er initieret i det forgangne år (Q4 2023 samt Q1-3 2024).

Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en

Hosseinpour N, Toyserkani NM. Evaluating the yield of adhering to the follow-up guidelines for cutaneous melanoma: a retrospective study of 2048 patients. European Journal of Plastic Surgery. 2024;47(1):63

Andet

Der er udarbejdet flere videnskabelige artikler baseret på DAMMED, den onkologiske forskningsdatabase, men de er ikke listet her.

7. Plan for 2025: planlagte aktiviteter

Anfør her en kort prosabeskrivelse af DMCG'ens planlagte aktiviteter i det kommende år, med udgangspunkt i de strategiske indsatsområder som indgår i 2023-25 strategien:.

- Evidensbaseret beslutningsstøtte og national konsensus:
Gennemgribende revision af retningslinjen for sentinel node biopsi. Her er tilkommet en del ny litteratur, som skal evalueres.
Udvikling af ny retningslinje for MDT
Udvikling af ny retningslinje for rehabilitering
Revision af øvrige ikke-opdaterede retningslinjer
- Datastøttet kvalitetsudvikling:
Automatisk datafangst fra LPR for nye kliniske indikatorer iht monitorering diverse anbefalinger.
- Ny viden gennem forskning
Samarbejde med den svenske database: Multiple melanomer – forekomst og prognose.
Værdi af sentinel node biopsi
Udvikling af et patientstøtteværktøj til samtale og beslutning vedr. sentinel node biopsi
- Patientperspektiv
Vi vil arbejde med bestemmelse af et velegnet PROM til brug i opfølgning. Vi har udført lingvistisk validering af MCQ-28, udført en række patientinterviews mhp bestemmelse af face-validity for MCQ-28 og FACT-M. Sidstnævnte er tillige under psykometriks validering aktuelt.
Udvikling af et patientstøtteværktøj til samtale og beslutning vedr. sentinel node biopsi
- Evidensbaseret ensartet udredning
Opsamling af data om pt. forløb i primærsektoren – patient og doctors dealy?
- Samarbejde på tværs af discipliner, fag og sektorer

Andet:

Repræsentantskabsmøde 5. marts 2025

Tværfagligt retningslinjeseminar 22.-23. oktober 2025