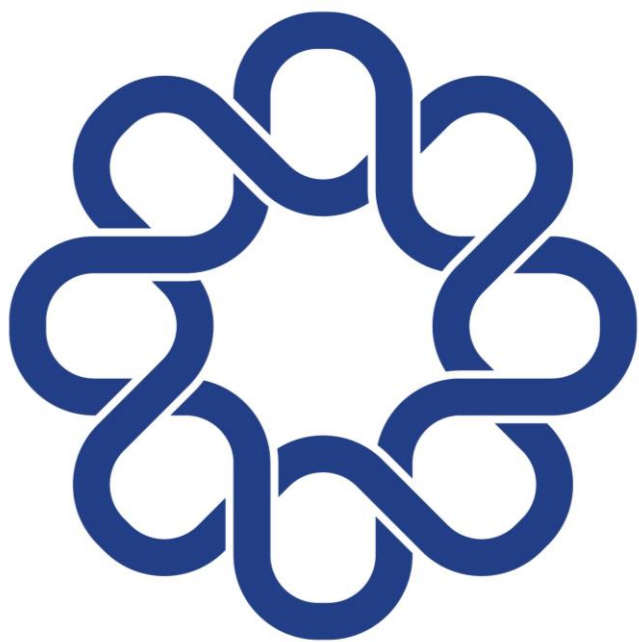


Dansk Testis Cancer Gruppe (DaTeCa)

Årsberetning for 2025

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)

Udgivelsesår: 2026
Udgiver: DMCG-sekretariatet
Hedeager 3
8000 Aarhus N



Indholdsfortegnelse

1. Rapportudarbejdelse og bestyrelse	3
2. DMCG'ens organisation	4
3. Kort statusbeskrivelse	5
4. Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025	6
5. Forskningsaktiviteter mv. i 2025	10

1. Rapportudarbejdelse og bestyrelse

Årsberetningen 2025 for den multidisciplinære cancergruppe er udarbejdet af:

Gedske Daugaard, Overlæge dr.med., Afd. For Kræftbehandling, Rigshospitalet, Formand for DaTeCa, email: gedske.daugaard@regionh.dk

DMCG'ens formand : Gedske Daugaard

DMCG'ens op til tre medlemmer af DMCG.dk repræsentantskabet¹: Gedske Daugaard, Mads Agerbæk, Lars Dysager

DMCG'ens bestyrelse 2025 angives i tabellen herunder:

Navn	Titel	Arbejdssted	Fagligt tilhørsforhold*
Gedske Daugaard	Overlæge	Rigshospitalet	onkolog
Mads Agerbæk	Overlæge	Skejby	onkolog
Anne Birgitte Als	Overlæge	Skejby	onkolog
Lars Dysager	Overlæge	Odense	onkolog
Andreas Carus	Overlæge	Aalborg	onkolog
Mikael Aagaard	Overlæge	Rigshospitalet	urolog
Erik Morre Petersen	Overlæge	Skejby	radiolog
Birgitte Grønkær Toft	Overlæge	Rigshospitalet	patolog
Birte Engvad	Overlæge	Odense	patolog
Niels Jørgensen	Overlæge	Rigshospitalet	androlog, endokrinolog
Kristian Almstrup	Seniorforsker	Rigshospitalet	basal forskning
Jakob Lauritsen	Overlæge	Rigshospitalet	onkolog
Mikkel Bandak	Afd.læge	Rigshospitalet	onkolog
Thomas Wagner	Afd.læge	Herlev	patolog
Josephine Rosen-vilde	PhD stude- rende	Rigshospitalet	onkolog

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

¹ I Hæmatologisk Fællesforum, der er eneste tilbageværende 'paraply', kan hver DMCG stille med op til to repræsentanter udover paraplyens formand.

2. DMCG'ens organisation

Retningslinjeudarbejdelse hele DMCGen

Forskningsudvalg²

Gedske Daugaard
Mads Agerbæk
Anne Birgitte Als
Lars Dysager
Andreas Carus
Mikael Aagaard
Erik Morre Petersen
Birgitte Grønkær Toft
Birte Engvad
Niels Jørgensen
Kristian Almstrup
Jakob Lauritsen
Mikkel Bandak
Thomas Wagner
Josephine Rosenvilde

Stråleterapiudvalg⁴

Mads Agerbæk
Anne Birgitte Als
Lars Dysager
Jaob Lauritsen
Mikkel Bandak

Databasebestyrelse³

Gedske Daugaard
Mads Agerbæk
Lars Dysager
Mikael Aagaard
Birgitte Grønkær Toft
Birte Engvad
Jakob Lauritsen
Mikkel Bandak

Kirurgiudvalg⁵

Mikael Aagaard

¹Medlemmer af DMCG-bestyrelsen er angivet i forrige afsnit

¹Retningslinjeudarbejdelse foretages af den samlede DMCG

²Medlemmer af forskningsudvalg:

³Medlemmer af databasebestyrelse:

⁴Medlemmer af stråleterapiudvalg:

3. Kort statusbeskrivelse

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

Kort statusbeskrivelse

Det blev i dec. 2023 afklaret at DaTeCa databasen alligevel ikke skulle nedlægges, men forventelig genopstå i en ændret form. Udmelding vedr. dette er fortsat ikke helt klart bortset fra en beslutning om at der kun vil være tilgængelige data fra databasen hvert andet år. DaTeCa befinder sig derfor fortsat i et limbo, hvad angår mulighed for at arbejde med implementering af nye indikatorer. Der er i 2025 arbejdet på opdatering af de kliniske retningslinjer med nye risikofaktorer for recidiv hos stadium I patienter. De aktuelle risikofaktorer baserer sig på analyser af henholdsvis 924 stadium I seminom patienter og 453 stadium I non-seminom patienter inkluderet i DaTeCa databasen fra 2013 til 2018 (Wagner T et al. J Clin Oncol. 2024 Jan 1;42(1):81-89; Wagner T. Eur J Cancer. 2024 May;202:114025). Ligeledes er måden recidiver hos stadium I seminom patienter opdages på blevet analyseret (Lindahl N. et al. Relapse Detection in the Danish Surveillance Program of Patients with Clinical Stage I Seminoma: A Nationwide Study. Acta Oncologica 2025;. 64, 1–9). De nye data betyder mindre kontrol for stadium I seminom patienter tilhørende en lavrisikogruppe og anvendelse af adjuverende kemoterapi til en non-seminom højrisiko gruppe. Implementering af retningslinjerne er startet i slutningen af 2025. Det er en forudsætning at relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i den kliniske kvalitetsdatabase. Dette betyder at kvalitetsindikatorer svarende til det nye opfølgningsprogram er meget vigtige at få indført umiddelbart. De nye indikatorer er defineret og vi afventer svar fra SundK i starten af 2026 om hvilke muligheder der er for implementering. Sideløbende er der arbejdet med implementering af nye diagnosekoder for at sikre at datafangst kun foregår fra diverse registre. Sundhedsdatastyrelsen har godkendt enkelte nye diagnosekoder, men ikke alle der er nødvendige for at sikre tilgængelighed af relevante data.

4. 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](#).

Mål	Målsætning	Ja	Nej
1.	Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens		
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, der er angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	x	
3.	De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser		
3.1	Kommunikeres 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:</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:</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: Dette er under udarbejdelse og vi har bedt Sundhedsdatastyrelsen om en række nye koder som er nødvendige for nye indikatorer. Nogle nye koder er godkendt, andre ikke</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 har dog ønsket en række nye indikatorer som er noget langsommelige at få implementeret. En af årsagerne er at DaTeCa databasen findes på en platform hvor der ikke længere kan laves ændringer og det er meget svært at få en køreplan for hvornår vi kan få flyttet databasen til en mere tidssvarende platform.</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? Monitorering af seminom st. 1 lav-/ikke lav-risiko grupper og adjuverende kemoterapi til non-seminom st.1, højrisikogruppe</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:</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: Vi har beskrevet nye patologiske risikofaktorer for recidiv hos stadium I patienter og disse er allerede blevet inkluderet i internationale retningslinjer for hvilke patologiske faktorer en beskrivelse af testikelkræft skal indeholde</i>	x	
12.2	Har I i det forgangne år arbejdet for, at der skaffes evidens fra effekt af opfølgning? <i>Kommentar:</i>	x	

² <https://www.sundk.dk/teknisk-dokumentation/daglige-data/#:~:text=Daglige%20data>

15.	Patientinvolvering på organisatorisk niveau		
15.3	Er der patientrepræsentation i a. jeres databasestyregruppe?		x
	b. i DMCG-bestyrelsen?		x
	<i>Kommentar:</i>		
15.4	Har DMCG'en i det forgangne år forholdt sig til systematisk, organisatorisk patientinvolvering? <i>Kommentar:</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:</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:</i>		x
19.	De Multidisciplinære Team konferencer (MDT) videreudvikles		
19.2	Arbejder jeres DMCG gennem site-visits og gensidig læring for en ensartet konferenceform på nationalt niveau? <i>Kommentar:</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:</i>	x	
20.3	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at sikre de nødvendige specialers/faggruppers deltagelse ved konferencerne? <i>Kommentar:</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:</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:</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 intenderet behandling? <i>Kommentar:</i>	x	
20.7	Koder jeres lokale MDT-konference til LPR? <i>Kommentar:</i>		x
20.9	Monitoreres det i kvalitetsdatabasen, hvorvidt DMCG'ens relevante patienter fremlægges på MDT-konference?		x

	<i>Kommentar: Det har vi fremsat ønske om, men som omtalt har vi meget vanskeligt ved at få oprettet nye indikatorer</i>		
23.	Konstruktive samarbejdsrelationer		
23.3	Arbejder I i jeres DMCG for styrkede samarbejdsrelationer med alle parter involveret i hele patientforløbet? <i>Kommentar:</i>	x	
24.	Relevant tværfagligt samarbejde		
24.1	Arbejder I i jeres DMCG på at udvikle relevant tværfagligt samarbejde og repræsentation? <i>Kommentar:</i>	x	
25.	Kvalitetssikring af hele kræftforløbet på tværs af sektorer		
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: Stort set al behandling af testis cancer foregår i hospitalsmiljø og tilbagefald og palliation holdes på få hænder i de tre kræftafdelinger der behandler denne kræfttype</i>		
	<i>Kommentér gerne her, hvis der er konkrete emner I ønsker løftet i DMCG.dk forretningsudvalget.</i>		

5. Forskningsaktiviteter mv. i 2025

Angivelse af forskningsaktivitet dels DMCG associerede protokoller og projekter samt publikationer baseret på databasen.

Indsæt antal i tabellen og angiv øvrige oplysninger under de relevante overskrifter.

Den aktivitet der ønskes angivet, er kun igangværende aktivitet.

Igangværende aktiviteter i 2025	Antal
Interventionsstudier	
Projekter baseret på DMCG'en	
Projekter baseret på databasen. ³	
Projekter med internationale samarbejdspartnere	
Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en	

Projekter baseret på DMCG'en

Projekter baseret på databasen

Projekter med internationale samarbejdspartnere

Peer reviewede artikler med kobling til DMCG'en

Relapse detection in the Danish surveillance program of patients with clinical stage I seminoma: a nationwide study.

Lindahl NB, Lauritsen J, Wagner T, **Daugaard G**, Bandak M. *Acta Oncol.* 2025 Jan 31;64:191-199.

Second edition ICCR dataset for testicular germ cell tumours: a reporting guide for histopathological diagnosis of orchiectomy specimens.

Bremmer F, Webster F, **Daugaard G**, Hamilton RJ, Idrees MT, Kao CS, Miyai K, Raspollini MR, Srigley JR, Tickoo S, Yilmaz A, Wagner T, Berney DM. *Histopathology.* 2026 Jan;88(1):252-264.

Andet

³ SundK har fremsendt oversigt til DMCG-formænd over de projekter, der er initieret i det forgangne år.