



DGCG

Årsberetning for 2025

Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe

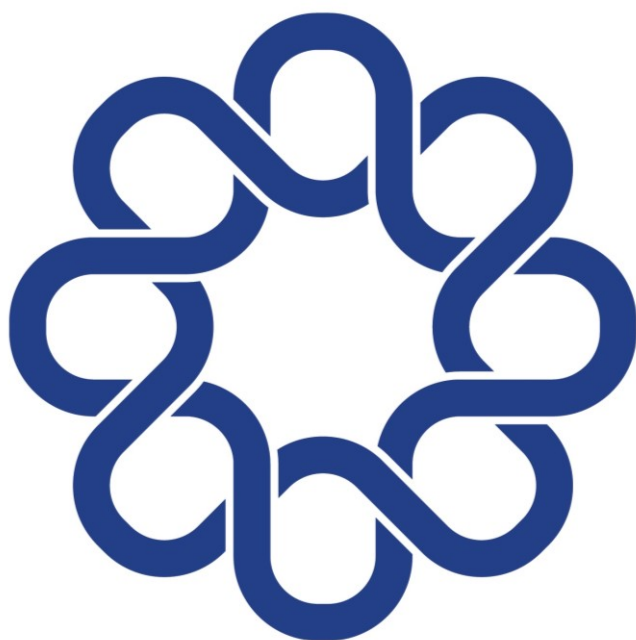
Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk)

Udgivelsesår: 2026

Udgiver: DMCG-sekretariatet

Hedeager 3

8000 Aarhus N



Indholdsfortegnelse

1. Rapportudarbejdelse og bestyrelse	2
2. DMCG'ens organisation	4
3. Kort statusbeskrivelse	6
4. Beskrivelse af aktiviteter iht. DMCG.dk's strategi & handlingsplan 2023-2025	13
5. Forskningsaktiviteter mv. i 2025	17

1. Rapportudarbejdelse og bestyrelse

Årsberetningen 2025 for den multidisciplinære cancergruppe er udarbejdet af:

Mikkel Rosendahl, Overlæge, PhD, Formand, DGCG.

Rigshospitalet, Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler, mail: mikkel.rosendahl@regionh.dk.

DMCG'ens formand (hvis ikke angivet ovenfor): Se ovenfor.

DMCG'ens op til tre medlemmer af DMCG.dk repræsentantskabet¹:

DMCG'ens bestyrelse 2025 angives i tabellen herunder:

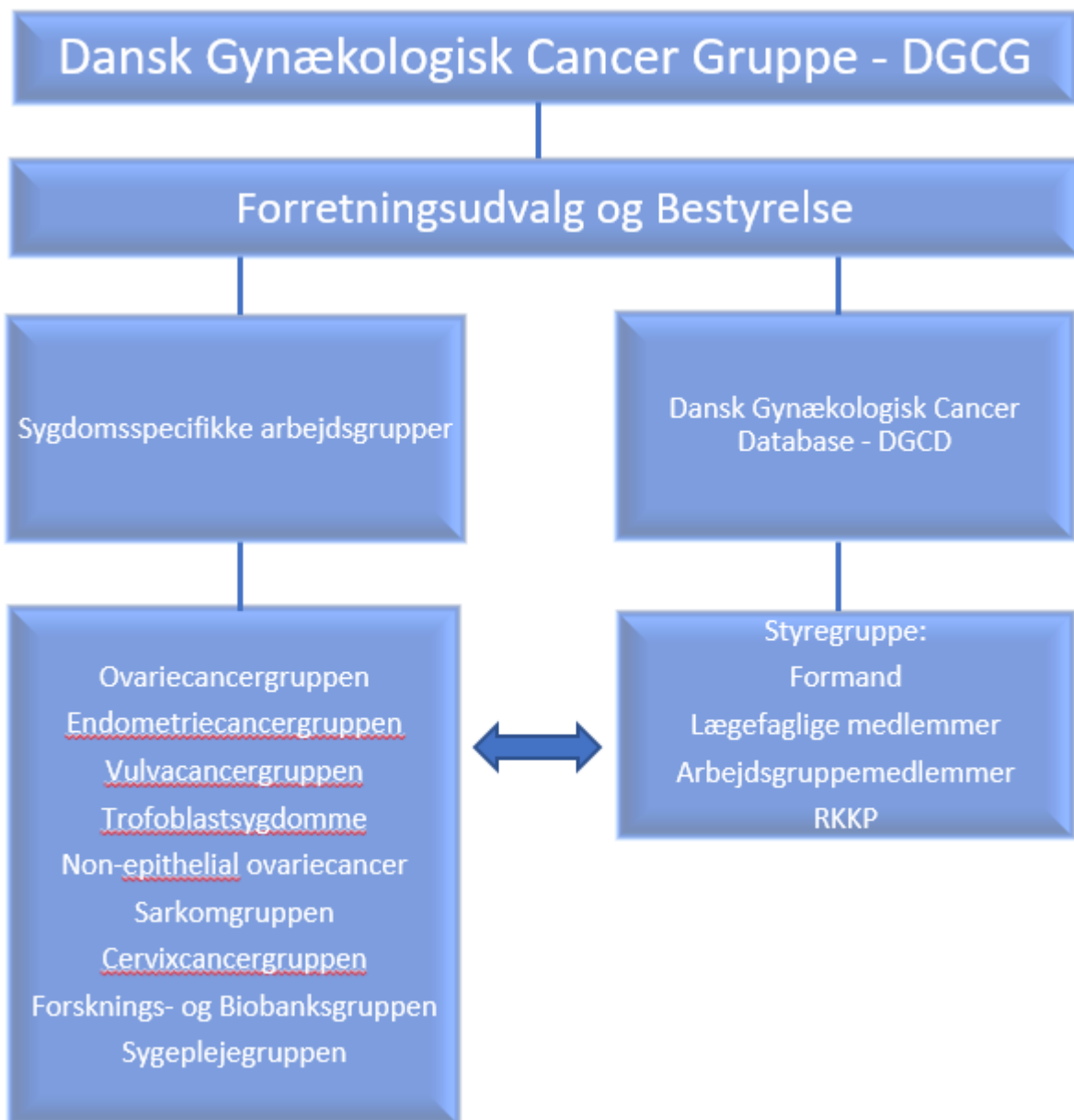
Navn	Titel	Arbejdssted	Fagligt tilhørsforhold*
Formand Mikkel Rosendahl	Overlæge, Ph.D	Rigshospitalet, Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler	Gynækologi
Næstformand Anja Ør Knudsen	Overlæge, Uddannelsesansvar- lig overlæge	Odense Universitetshospital, Onkologisk Afd. R	Onkologi
Anne Krejbjerg Motavaf	Læge, ph.d.	Aalborg Universitetshospital Onkologisk Afdeling	Onkologi
Berit Mosgaard	Overlæge, Ph.d.	Rigshospitalet Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler	Gynækologi
Estrid Høgdall	Seniorforsker, Dr.med.	Herlev Hospital Patologiafdelingen	Patologi
Iben B G Johnsen	Overlæge	Odense Universitetshospital, Afdeling for klinisk Patologi	Patologi
Katja Dahl	Overlæge	Aarhus Universitetshospital, Afdeling for kvindesygdomme og fødsler	Gynækologi
Kirsten Marie Jochumsen	Overlæge, Ph.d., Kli- nisk lektor	Odense Universitetshospital, Gynækologisk-Obstetrisk afd. D	Gynækologi
Lars Fokdal	Overlæge, Ph.d.	Sygehus Lillebælt, Onkologisk Afdeling	Onkologi
Ligita P. Frøding	Overlæge	Rigshospitalet Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler	Gynækologi
Marianne Waldstrøm	Overlæge MPM klinisk lektor	Aarhus Universitetshospital, Patologiafdelingen	Patologi
Marie Bønnelycke	Overlæge, Ph.d.	Rigshospitalet, Afdeling for Patologi	Patologi
Mette Hæe	Overlæge	Regionshospitalet Gødstrup, Region Midtjylland, Kræftafdelingen	Onkologi

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

Nadia Margeth Villena Salinas	Afdelingslæge	Aalborg Universitetshospital, Patologisk institut	Patologi
Nicoline Raaschou-Jensen	Afdelingslæge	Herlev Hospital, Onkologisk Afdeling	Onkologi
Pernille Jensen	Overlæge, Ph.d.	Aarhus Universitetshospital Gynækologisk Afdeling	Gynækologi
Sara Ravn Francis	Klinisk sygeplejespecialist	Aarhus Universitetshospital, Afsnit og Klinik for Kvindesygdomme	Gynækologi
Zaza Ujmajuridze	Overlæge	Sjællands Universitetshospital, Roskilde/Næstved Onkologisk afdeling	Onkologi
Zohreh Ketabi	Overlæge, Ph.d.	Rigshospitalet, Afdeling for Gynækologi, Fertilitet og Fødsler	Gynækologi
Aage Knudsen	Overlæge, dr.med.	Aalborg Universitetshospital, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling	Gynækologi
Gitte-Bettina Nyvang	Overlæge	Odense Universitetshospital, Onkologisk Afdeling R	Onkologi * Stoppet medio 2025
Mansoor Mirza	Overlæge	Rigshospitalet, Onkologisk Klinik 5073	Onkologi * Stoppet medio 2025

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

2. DMCG'ens organisation



Medlemmer af DGCGs bestyrelsen er angivet i forrige afsnit.

Forretningsudvalget består af 6 medlemmer, inkl formanden. Medlemmerne udpeges af bestyrelsen med ønske om en bred geografisk placering. Retningslinjeudarbejdelse samt udarbejdelse af kvalitetsindikatorer for hver diagnose foretages af de sygdomsspecifikke arbejdsgrupper.

Medlemmer af grupperne: <http://dgcg.dk/index.php/om-dgcg/arbejdsgrupper>

Biobank- og forskningsgruppen består af formand og 6-8 medlemmer der udpeges af bestyrelsen. Medlemmer af gruppen: <http://dgcg.dk/index.php/forskningsgruppen>

Sygeplejegruppen består af formand og medlemmer med bred geografisk placering. Medlemmer af gruppen: <http://dgcg.dk/index.php/sygeplejegruppen>

Databasestyregruppen udpeges af bestyrelsen. Gruppen består af en formand samt aktuelt tre menige medlemmer udpeget af bestyrelsen. Hver guidelinegruppe er repræsenteret ved et medlem i databasegruppen. Derudover er RKKP repræsenteret med tre medlemmer.

Medlemmer af gruppen er Databasestyregruppen: <https://rkkp-databaseoversigt.dk/search/search-public?Kdd=Dansk%20Gyn%C3%A6kologisk%20Cancer%20Database>

3. Kort statusbeskrivelse

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

Kort statusbeskrivelse

Skriv her en kort statusbeskrivelse af det forgangne år med udgangspunkt i de 6 indsatsområder fra DMCG-strategien samt fokusområder for det kommende år.

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

Maks ½ side.

Formandens beretning:

I 2025 har støvet lagt sig efter etablering af en ny database. Den nye database er godt på vej og de første audits tyder på korrekte udtræk.

Det har selvsagt betydet meget, at vi ikke har fået en årsrapport til kontrol af kvaliteten af vores arbejde og vi ser frem til dette.

Årsmødet i 2025 omhandlede som hovedemne immunbehandling af kræftsygdomme. Det er et område, man ikke kommer uden om i moderne kræftbehandling og et område i udvikling. Vi har i Danmark desuden været værter for vores nordiske søsterorganisations NSGO's årsmøde og har deltaget ivrigt i planlægningen af en international kongres i København – ESGO 2026 hvor der forventes op mod 4000 deltagere.

Gynækologisk cancer er præget af et begrænset anatomisk område men med meget uens sygdomme. Derfor er der behov for flere arbejdsgrupper, der holder fokus på udviklingen i netop disse grupper. Grupperne har årligt gennemgået gældende guidelines mhp revision og opdatering. Nedenfor følger beretningen fra hver af grupperne.

Ovariecancergruppen:

Ovariecancer dækker over kræft i æggestokke, æggeledere og peritoneum, som behandles ens – både hvad angår kirurgisk og onkologisk behandling. Sygdommen er alvorlig, idet ca. 70% af tilfældene diagnosticeres i fremskredet stadie (IIIC-IV) med en dårlig prognose. Således er fem års overlevelsen af størrelsesordenen 47% for hele gruppen og under 30% for kvinder, der diagnosticeres med stadium IIIC-IV sygdom.

I årsrapporten fra 2021-2022 var inkluderet en særrapport: Regional variation i overlevelse for patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark, 2018-2021. Rapporten blev startskuddet til et omfattende analysearbejde i Ovariecancer gruppen, som er mundet ud i en række nye nationale guidelines og initiativer som f.eks. ugentlig national MDT. Formålet har været at harmonisere og optimere udredning og behandling for ovariecancer i Danmark, så alle kvinder får samme, optimale tilbud.

Den aktuelle omlægning af Dansk Gynækologisk Cancerdatabase til LPR baseret datahøst har desværre medført et data slip trods store anstrengelser for ensartet klinisk kodning. Det har endnu ikke været muligt at få kvalificerede data til analyser siden 2022. Set i lyset af det meget intensive kvalitetsarbejde, der er udført, er det et stort ønske fra de kliniske miljøer, at vi snarest får brugbare data, som kan monitorere kvaliteten både på landsplan og mellem de enkelte regioner.

Indikator 10A

Operation for OC er en del af den kurativt intenderede behandling. Patienter, der ikke opereres, kan kun tilbydes livsforlængende behandling. Andelen af ikke opererede patienter er derfor en essentiel faktor til monitorering af kvalitet og i sidste ende overlevelse efter behandling for OC og det er vigtigt at afsløre eventuelle regionale forskelle i selektion til behandling.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er datagrundlaget for årsrapporten desværre fortsat mangelfuldt med missing values for stadiet hos ca. 50% af patienter med OC (218/469). Specielt mangler oplysninger om stadiet blandt patienter med avanceret OC stadium IIIC-IV, som er de patienter, som eventuelt ikke tilbydes operation. Derfor kan indikator resultatet ikke bedømmes - hverken på regionalt eller landsplan. De rapporterede værdier afspejler ikke erfaringsmæssig klinisk standard, hvor andelen af ikke opererede patienter er mindre end 57%.

Indikator 10b

Indikatoren beskriver andelen af kvinder med et avanceret stadiet af OC, der indleder deres behandling med en operation efterfulgt af seks serier kemoterapi. Indikatoren er vigtig for at bedømme den samlede strategi til behandling af OC. Internationalt anbefales, at mindst 50% af kvinder med avanceret ovariecancer opereres initialt. I øjeblikket diskuteres resultaterne af et stort internationalt multicenter RCT, hvor de foreløbige resultater tyder på at primær operation og intervalekirurgi er ligeværdige i forhold til overlevelse, hvis patienterne radikalt opereres. Der mangler dog publikation af væsentlige dele af studiet, før resultaterne endeligt kan implementeres efter diskussion i Ovariecancer Gruppen.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er datagrundlaget for årsrapporten inkomplet, idet der ikke er registreret primært opererede patienter fra hverken Region Sjælland eller Region Nord. Tallene kan således ikke fortolkes, hverken på regionalt eller landsplan.

Indikator 10C

Makroradikal operation for OC er den bedste prognostiske markør, og det tilstræbes, at patienten tilbydes operation enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi. En høj rate af makroradikal operation er således en vigtig kvalitetsindikator – dels på kvaliteten af det kirurgiske indgreb og dels på kvaliteten i selektion til operation.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er der betydelige mangler i datagrundlaget for indikator 10c, hvor 33% af data mangler, og resultatet kan derfor ikke bedømmes hverken på regional- eller landsplan.

Indikator 10D

Makroradikal operation for OC er den bedste prognostiske markør. Patienter, der udvælges til primær operation, bør ifølge internationale opgørelser radikalt opereres i mindst 65% af tilfældene. Indikator 10D er således både en kvalitetsindikator for kirurgiernes omfang og en vigtig indikator for udvælgelse til kirurgi.

Kun 50% af datagrundlaget er tilgængeligt for analyse med komplet mangel på data fra to regioner. Data kan således ikke nærmere analyseres – hverken på regional- eller landsplan.

Indikator 10e

Indikatoren afspejler, hvor mange kvinder med ovariecancer, der kan radikalt opereres efter neoadjuverende kemoterapi.

Da makroskopisk radikal operation efter neoadjuverende kemoterapi er den bedste prognostiske indikator for langtidsoverlevelse i denne gruppe, er indikatoren vigtig for at bedømme kvaliteten af det

kirurgiske indgreb samt kvaliteten af udvælgelse til kirurgi. På trods af en stor klinisk indsats for ensartet kodning er datagrundlaget mangelfuldt (antallet af uoplyste er 37%), og data kan således ikke analyseres nærmere – hverken på regionalt eller nationalt niveau.

Indikator 11

Indikatoren afspejler, hvor stor en andel af patienter med lokaliseret sygdom, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse som led i staging operation. Indikatoren er vigtig for en korrekt stadieinddeling og dermed et retvisende datagrundlag, som gør det muligt at sammenligne nationalt såvel som internationalt på tværs af regioner og nationer. De nationale retningslinjer anbefaler en risikobaseret tilgang til staging operation, så man kun fjerner lymfeknuder på de patientgrupper med en reel risiko for lymfeknudemetastaser.

Datagrundlaget er desværre mangelfuldt med 41% uoplyste, hvorfor analyse ikke er meningsfuld. Data afspejler ikke den en klinisk praksis, hvor betydeligt flere patienter får fjernet lymfeknuder i staging øjemed.

I 2025 har ovariecancerarbejdsgruppen arbejdet med nye retningslinier og revisioner af retningslinier i samarbejde med SundK. Det nye kapitel er Kirurgisk behandling af den ældre, komorbide og/eller fragile patient, og vi har revideret kapitlerne; Epidemiologi, Fertilitetsbevarende kirurgi ved c. ovarii, Hormonbehandling efter c. ovarii, Medicinsk behandling af primær ovariecancer stadie I-IIA, Medicinsk kræftbehandling af ældre patienter og Kirurgi ved recidiv. De er alle godkendt og lagt på DMCGs hjemmeside.

Vi har været den første arbejdsgruppe, som har udarbejdet en redegørelse for eventuelle merudgifter ved indførelsen af ny behandling. Det var Intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) som standardbehandling til intervalkirurgi, der således blev SundKs debut med at udarbejde en sundhedsøkonomisk analyse, som vi lægefagligt har bidraget til. Anbefalingen blev i december 2025 behandlet af Rådet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut** og blev godkendt.

**Med udgangspunkt i de sundhedsøkonomiske analyser vurderes HIPEC som tillægsbehandling ved intervalkirurgi for patienter med fremskreden ovariecancer at medføre meromkostninger, men også at være mere effektiv både i relation til effektmålet QALY og LY. Resultaterne er relativt robuste set i forhold til alle undersøgte metodiske usikkerheder og parameterusikkerhed. Analyserne tager udgangspunkt i at behandlingen tilbydes ved højt specialiserede centre med eksisterende udstyr og erfaring. Implementeringen forventes ikke at medføre væsentlige budgetkonsekvenser, da apparaturet allerede er indkøbt, og merudgiften primært udgøres af ekstra operationstid og kort forlænget indlæggelse. Den årlige merudgift estimeres til ca. DKK 1,7 mio. ved behandling af 50 patienter, og omkring DKK 8,5 mio. over fem år.*

*** Anbefalingen er behandlet af Rådet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut på baggrund af en vurdering af sundhedsøkonomiske og organisatoriske implikationer i forhold til behandlingens effekt og sikkerhed. SundK Rådet er enige i, at anbefaling nr. 2 i retningslinjen "Ovariecancer - Intraperitoneal kemoterapi og HIPEC" fra DGCG skal implementeres i hele landet.*

Gruppen har i året forberedt og afholdt opfølgning på Overlevelse-seminar afholdt i mart 2023. Status på de emner, man dengang besluttede at arbejde med, blev gennemgået på mødet d. 14. november 2025, med deltagelse af ca. 35 personer inden for alle relevante specialer. Der var gode diskussioner og oplæg til det videre arbejde i ovariegruppen.

/Formand for gruppen Berit Jul Mosgaard

Vulvacancergruppen:

I 2025 har vulvacancer gruppen arbejdet med retningslinjer.

Opfølgning - efter behandling for vulvacancer – forventes publiceret primo 2026 og Vulva cancer- Patologiprocedure.

Retningslinjen er nu revideret, og udgivet i RKKP's nye skabelon og forventes publiceret primo 2026.

Derudover har vi arbejdet videre med flere forskellige nationale studier under forskningskonsortiet DaVulvaCon:

I 2023 har vi påbegyndt inklusion af patienter i et nationalt studie "SENTIVUC I og II- optisk-vejledt Sentinel Node Biopsi til stadieinddeling af vulvacancer". Dette studie består af tre substudier, som undersøger om ICG kan anvendes som SN-diagnostik alene hos patienter med tumor < 4 cm, om indikationen for SN kan udvides til patienter med tumor ≥4 cm og multifokale tumorer og om PET-CT's nøjagtighed i udredning af patienter med vulvacancer. Både AUH og inkluderer patienter i studiet. Inklusion i studie I forventes afsluttet I 2026, mens studie II forventes at køre i de næste 4 år.

I 2024 har vi påbegyndt et andet nationalt studie- "Værdien af cirkulerende tumor DNA og patient-rapporterede outcomes til tidlig recidivopsporing hos kvinder med vulvacancer - The Danish Vulva Cancer Recurrence Study (DaVulvaRec). Studiet er initieret af AUH og phd studerende Louise Krogh (vejleder P. Jensen) står for studiet. Projektet har som overordnet formål at optimere det nuværende behandlings- og opfølgingsprogram for kvinder med VC. Vi søger at 1) identificere cirkulerende tumor-DNA (ctDNA + HPV-DNA) hos patienter med VC, 2) undersøge om ctDNA kan anvendes til forbedret behandlingsstratificering og prognostisering af recidiv, samt 3) undersøge om prospektiv ctDNA måling kan anvendes til tidlig recidivopsporing. Desuden at 4) undersøge om systematisk anvendelse af patient-rapporterede oplysninger (PRO) kan anvendes til at prædikere og identificere recidiv, samt 5) undersøge om systematisk proaktiv anvendelse af PRO til håndtering af senfølger kan forbedre patientens livskvalitet. Inklusion i studiet er påbegyndt ultimo august 2024 på AUH. Der er påbegyndt inklusion på RH 1.1.2025.

Vi har arbejdet videre på dataudtræk til et DGCD vulvacancerdata baseret studie "Impact of lymph vascular space invasion and tumor location on risk of lymph node metastases and recurrence in patients with vulvar cancer". Studiet er et PhD-studie ved Liselotte Petersen Due (OUH), vejleder Tine Henrichsen Schnack (OUH). Der er derudover indgået en samarbejdsaftale med en international forskergruppe (Danmark, Sverige, Holland) under navnet Dandelion om flere forskellige database baserede studier.

I 2025 har TNM udgivet en ny klassifikation af vulva cancer TNM v.9, som er kompatibel med FIGO 2021. Der arbejdes nu på et opdateret kodeskema for vulva cancer samt etablering af det nye TNM i SP (Region H)

Plan for 2026:

Udgivelse af retningslinjer:

Vulvacancer – patologisk anatomisk procedure (revision)

Vulvacancer- opfølgning (revision)

/Formand Ligita Paskeviciute Frøding

Trofoblastgruppen:

Trofoblastgruppen har i 2025 afholdt dels kortere virtuelt møde dels heldags-fremmøde-møde. Endnu et møde var planlagt afholdt i foråret, dette møde blev i imidlertid aflyst grundet sygdom mm.

Molaguideline har gennemgået en gennemgribende revision og færdiggjort til publikation på DGCG's hjemmeside. Vigtigt er det her at bemærke, at kontrolperioden for Mola Hydatidosa er ændret, således at alle patienter med "høj risiko for persisterende trofoblastsygdom" nu anbefales fulgt i 6 måneder efter normaliseret HcG. Samtidig anbefales HcG nu kun målt hver anden uge med mindre tendens til stagnation eller stigning hvor ugentlig HcG måling fortsat anbefales.

Patologi guideline er ligeledes gennemgået og opdateret med få og små rettelser.

Vi har på seneste møde i trofoblastgruppen gennemgået relevante LPR3 koder for trofoblastsygdomme. Vi har udarbejde forslag til såkaldt kodeark. Dette kodeark er sendt til Marie Bønnellycke som formand for DGCG's databasegruppe og afventer godkendelse inden publikation på DGCG's hjemmeside. Denne kodevejledning planlægges ligeledes publiceret på DSOG's hjemmeside.

Mola-guideline har været præsenteret på DSOG's gynækologiske årsmøde, og vi har diskuteret strategier for udbredelse af kendskabet til anbefalinger, herunder kendskab til anbefaling om central patologi revision. Der er i trofoblastgruppen en generel fornemmelse af, at der ikke altid bliver foretaget central patologi revision. Som konsekvens heraf planlægges for 2026 et arbejde med opgørelse af antal og andel af præparater til central patologi revision samt en opgørelse over, hvor ofte central patologi revision ændrer diagnosen.

Guideline omhandlende Maligne Trofoblast Sygdomme og Persisterende Trofoblast Sygdomme skal begge revideres – arbejdet hermed egentlig planlagt til gennemførelse i 2025. Der er imidlertid udkommet nye europæiske Retningslinjer, der medfører et større revisionsarbejde af disse guidelines, hvorfor dette arbejde er udskudt til 2026.

Vi har i guideline-gruppen desuden i årets løb afholdt ad-hoc nationale MDT-konferencer på komplicerede trofoblast patienter med inddragelse af udenlandske samarbejdspartnere i det omfang, det har været relevant. Dette forventes fortsat i 2026.

Fælles nationale og nordiske forskningsprojekter har løbende været diskuteret i guidelinegruppen i årets løb med ønske om øget forskningssamarbejde og udarbejdelse af protokoller, et arbejde der planlægges fortsat i 2026.

På vegne af DGCG's trofoblast gruppe

Formand Katja Dahl, Overlæge Ph.d. Aarhus Universitetshospital, afd. for Kvindesygdomme og Fødsler

Cervixcancer-gruppen:

Grundet alvorlig sygdom hos formanden i gruppen er der ikke modtaget et specifikt notat angående cervixcancergruppen.

Man har i gruppen opdateret guidelines om Kirurgisk behandling af persisterende sygdom eller recidiv efter afsluttet strålebehandling.

Endometriecancer-gruppen:

I 2024 har vi afholdt 2 møder, hvor vi har haft fokus på at opdatere det kirurgiske kapitel med implementering af de nyeste publikationer samt danske data og formuleringer som sikre ensartet tilgang, når SN ikke identificeres peroperativt. Derudover er udredningskapitlet blevet revideret og lagt i den nye skabelon.

Det onkologiske kapitel er opdateret med de seneste godkendelser af immunterapi på området. Den nye FIGO klassifikation er i løbet af året skrevet ind i de europæiske guidelines. Vi planlægger at afholde et internat i foråret 2026, hvor vi får FIGO 2023 skrevet ind i de danske retningslinjer. Derudover skal den onkologiske guideline opdateres og i den forbindelse vil den blive delt op i underkapitler. I løbet af året er 4 medlemmer trådt ud af gruppen: Mansoor Mirza, Marianne Mulle Jensen, Zohreh Ketabi og Gitte Ørtoft. Til gengæld har vi budt velkommen til Jonas Gerner-Rasmussen, Camilla Sylvest, Line Winther, Sofie Leisby Antonsen og Zaza Ujmajuridze.

Forskningsaktivitet:

Der er et stærkt nationalt samt nordisk (NSGO) samarbejde på tværs af landet m.h.p. tilbud til patienter om indgang i forskningsstudier.

/Formand for gruppen Anja Ør Knudsen

Forsknings- og biobankgruppen:

Gruppen består af for nuværende af 7 medlemmer geografisk dækkende for samtlige regioner i landet, og har til formål at fremme forskning inden for gynækologisk cancer med særligt fokus på de data og det biologiske materiale, som er tilgængeligt i regi af Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) og Dansk Cancer Biobank (Regionernes Bio- og Genom Bank, DCB). Gruppen afholder så vidt muligt 2 årlige møder, gerne i forbindelse med andre nationale møder/kurser. Øvrig mødeaktivitet er efter behov og primært via teams-møder/emails.

I forbindelse med DGCGs årsmøde har arbejdsgruppen varetaget invitation til indsendelse af abstracts til præsentation, samt vurderet de indsendte abstract. Formand og næstformand stod for gennemførelse af punktet på årsmødet i april 2025. Desuden sikrede arbejdsgruppen som vanligt agenda for præsentation af forskningsresultaterne herunder udarbejdelse af certifikater og præmier. Det var en rigtig spændende dag med gode fremlæggelser, som viser en stor aktivitet inden for gynækologisk forskning. Arbejdsgruppen har for 2026 som vanligt taget opgaven og ser frem til at facilitere de unge forskere på årsmødet i 2026.

Forsknings- og Biobankarbejdsgruppen har i 2025 vurderet 4 ansøgninger stilet til SundK (Sundhedsvesenets Kvalitetsinstitut) vedr. udlevering af data fra DGCD og/eller biobankmateriale. Fokuspunktet i gruppens indstillinger er om de variable eller det materiale, der udbedes fra den projektansvarlige, afspejler projektets formål og om disse kan faciliteres af databasen/biobanken. Efterfølgende har gruppen indstillet sine anbefalinger til DGCG's bestyrelse, hvorefter den endelige godkendelse via formanden for arbejdsgruppen tilgår SundK. Vi kan forsat se, det er svært for ansøgere at bruge variabelisten, men det er dog i forhold til tidligere lister blevet bedre. Komplexiteten af ansøgninger bliver ligeledes større og det er derfor dejligt med muligheden for sparring i arbejdsgruppen.

Nedgang i antallet af ansøgninger kan måske relateres til data in-komplethed og, at der er en tids-lomme uden database-registrering. Der er dog nu mulighed for, at projekter kan få tilsendt ID liste og dermed søge supplerende oplysninger via andre registre. Dette kan betyde, at forskere skal søge data

i andre registre, og dermed er processen blevet mere arbejdstung. Desuden er godkendelse til journaldata kompleks, hvilket kan give forsinkelser eller betyde, at projekterne aldrig gennemføres. Vi ser fremdrift i den nye database og håber derfor, den bliver egnet til forskning, så data fra DGCD kan facilitere forskningen med høj-kvalitetsdata.

Der arbejdes løbende på at forbedre ansøgningsprocessen, så der sikres en optimal snitflade mellem SundK (Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut), forskningsgruppen og DGCGs bestyrelse.

På vegne af gruppen /Formand Estrid Høgdall

Sygeplejegruppen:

Indsatsområder:

Formålet med den nationale DGCG sygeplejegruppe er blandt andet en kontinuerlig optimering og ensretning af pleje og behandling til patienter, der opereres for gynækologisk kræft.

På de halvårslige møder drøftes forskellige tiltag/metoder til at optimere operationsforløbene, ligesom medinddragelse af patientperspektivet løbende er et fokusområde.

Aktiviteter:

Vi har afholdt to heldagsmøder med nedenstående omdrejningspunkter:

- DGCD indikatorer og kodevejledning
- Ny national oversigt over forskelligheder i behandling af ovariecancer forløbene udarbejdet (blev præsenteret på det tværfaglige møde)
- Møde med kontaktpersoner fra SUNDK.dk om validering af data
- Vi har fået en ny kode for mobiliseringsgraden opgivet i minutter
- Der har foreligget et stort arbejde i at få implementeret den nye kodepraksis i vores elektroniske patientjournaler (EPJ og SP).
- DGCG Sygeplejegruppen har etableret en arbejdsgruppe, som skal udarbejde en ERAS guideline til patienter opereret for ovariecancer. Den forventes færdig ultimo 2026.

Vi har afholdt ét nationalt, tværfagligt møde om auditdata af forløb efter LAP 2, som medførte yderligere ensretning og optimering af pleje- og behandling. Der er planlagt en opfølgende audit i 2027. Sygeplejegruppen planlægger at have fokus på pleje- og behandling til patienter, der får Hipec og eventuelt udarbejde en national vejledning.

På DGCG-sygeplejegruppens vegne Dorthe Hjort Jakobsen

Sarkomgruppen:

Der er ikke modtaget input fra sarkomgruppen.

Non-Epithelial Ovariecancer:

Non-epithelial ovariecancer dækker over sex-cord stromale tumores såvel som germinalcelletumores og dermed alt, der ikke er epithelialt. Det er en heterogen og sjælden sygdomsgruppe, der gør det vanskeligt at lave klinisk forskning og vejledninger på området. Derfor er der sjældent nye studier, der skal inkluderes i guidelines.

Gruppen har en guideline, der stod til revision i 2025 men som ikke er nået. Gruppen forventer at revidere denne i starten af 2026.

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](#).

Sæt kryds ved ja eller nej, og tilføj eventuelt kommentar for at uddybe svaret.

DMCG'er uden databaseaktivitet bedes naturligvis se bort fra de spørgsmål, der vedrører dette.

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		
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, der er angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar: enkelte mangler revision</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 sundhedsvæsnets		
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: Vi startede ny database da den gamle ikke længere blev understøttet. Datagrundlaget og omfanget af data er derfor sparsomt men forventes at kunne udvides i de kommende år.</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 ønsker flere indikatorer, men pga en ny database er der endnu ikke ressourcer til dette</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? Der henvises til databasens årsberetning. Database er ny og derfor under løbende udvikling og tilpasning</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: Ja, meget kirurgisk forskning er ikke støttet af industrien og derfor investigator initieret. Det sætter en stor begrænsning for tilgængelighed af midler og dermed mulighed for, at patienterne kan deltage i kirurgiske studier. Der er imidlertid nationale og internationale studier for både vulvacancer, cervixcancer og ovariecancer, patienterne aktuel kan deltage i. Dertil adskillige onkologiske protokoller for de gynækologiske patientgrupper.</i>	x	
11.2	Arbejder DMCG'en for national tilgængelighed af protokollerne? <i>Kommentar: aht inklusion er det en stor fordel, vi inkluderer nationalt</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: qua indberetning til databaserne bidrages til real world data</i>	x	

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

12.2	Har I i det forgangne år arbejdet for, at der skaffes evidens fra effekt af opfølgning? <i>Kommentar: I bla vulvacancer fokuserer et studie på tilbagefald og identifikation af patienter, der i højre grad har risiko for tilbagefald.</i>	x	
15.	Patientinvolvering på organisatorisk niveau		
15.3	Er der patientrepræsentation i a. jeres databasestyregruppe?		x
	b. i DMCG-bestyrelsen?		x
	<i>Kommentar: Det har været drøftet mange gang på bestyrelsesmøder og ikke fundet relevant.</i>		
15.4	Har DMCG'en i det forgangne år forholdt sig til systematisk, organisatorisk patientinvolvering? <i>Kommentar: Ud over fast kontakt til patientforeninger er fælles beslutningstagning og patientinddragelse en integreret del af praksis.</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: Dette var fokus i 2024 og nu integreret</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: Ikke systematisk. Der savnes tilgængelige og godkendte platforme og metoder til at indhente, bearbejde og integrere disse oplysninger i de forskellige EPJ'er</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/faggrupperes 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	x	

	intenderet behandling? <i>Kommentar:</i>		
20.7	Koder jeres lokale MDT-konference til LPR? <i>Kommentar:pga SP fejl er ikke alle dog registreret tidligere. Det skulle være ordnet nu</i>	x	
20.9	Monitoreres det i kvalitetsdatabasen, hvorvidt DMCG'ens relevante patienter fremlægges på MDT-konference? <i>Kommentar:Det er ikke prioriteret af SundK i den nye database</i>		x
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:DGCG understøtter samarbejdet men der er ikke faste møder eller aftaler med primærsektoren, der i sagens natur er stor og diffus. Meget af det arbejde, der ligger heri vil blive adresseret i forbindelse med KP-V hvor en stor del af opfølgningen skal overgå til primær sektoren</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 databsen.

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

Andet

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