

RKKP gennemførte Åben høring fra 17. oktober – 2. november 2022 kl. 10.00 vedr. screening og kommende 2023-prioritering af evt. nye databaser.

[Se høringsmateriale](#)

Nedenfor følger modtagne høringssvar pr. 8. november 2022

Følgende har afgivet høringssvar

- Kasper Aaboe, Cheflæge på Gynækologisk afdeling, Rigshospitalet. (1)
- Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2)
- Dansk Kolposkopiselskab og Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospitalet Gødstrup.(3)
- Gruppen for oprettelsen af en Galdestensdatabase. (4)
- Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi. (5)
- Professor, dr.med. Torben Jørgensen (6)
- Ortopædkirurgien Farsø (7)
- FAKS -Foreningen af kroniske smerteramte og pårørende (8)
- Dansk Kirurgisk Selskab (9)
- Regionshospitalet Randers (10)
- Sundhedsfagligt Råd for voksenpsykiatri i Region Sjælland (11)
- Dansk Selskab for Fysioterapi i samarbejde med Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF) og Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (12)
- Sundhedsministeriet (13)
- Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde (14)
- Videnscenter for Knoglesundhed/Osteoporoseforeningen (15)
- Dansk Selskab for Neurorehabilitering (16)
- Rigshospitalet (17)
- Hjertemedicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt (18)
- Region Hovedstadens Psykiatri (19)

Nedenfor følger først en opsamling på høringssvar i tabelform og derefter de enkelte høringssvar fortløbende.

| Område dækket  | Høringssvar  |
|--|--|
| De valgte faktorer   | Ganske få svar til disse: Generel accept, forslag at valide data (der kan datafanges) og volumen bør prioriteres højere  |
| De fem databaser, der er peget på (Kronisk leversygdom, Parkinson, Bipolar lidelse, Dobbelt-diagnoser – psyk. & rusmiddel, venøs tromboemboli) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En vurdering, at de er svære at afgrænse/muligt mørketal</li> <li>• To tilkendegivelser, at dobbeltdiagnoser skal prioriteres højere end bipolar lidelse med henvisning til større udviklingspotentiale i førstnævnte – og tilkendegivelse, at prioritering af førstnævnte er oplagt givet, at der med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2023 er opnået enighed om, at der fra 2024 skal påbegyndes en trinvis ibrugtagning af et regionalt forankret samlet dobbeltdiagnosetilbud – og at databasen skal etableres i samarbejde med kommunerne</li> <li>• Kronisk leversygdom vurderes at være scoret forket ift. tværfaglighed/-disciplinær</li> <li>• At en evt. database vedr. Venøs tromboemboli skal være baseret på eksisterende data</li> </ul> |
| Galdesten  | <p>Fem høringssvar fra såvel selskaber som faggrupper: Fastholdelse af relevans i lyset af de otte faktorer – faktorer, der fremhæves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tværdisciplinær opbakning (kirurger, gynækologer, ortopædkirurger)</li> <li>• Skred i behandlingsrater og vurderet overbehandling (operation)</li> <li>• Planlagt fokus på PRO – og brug af dette til afgørelse af operationsindikation</li> <li>• Underbelyste senfølger</li> <li>• Alternative behandling til operation</li> <li>• Behandling i almen praksis/private aktører</li> <li>• Ny og opdateret national klinisk retningslinje</li> </ul>   |
| Kejsersnit   | Tre høringssvar med fastholdelse af relevans med henvisning til volumen og underbelyste komplikationer – og anerkendelse, at det kan ske via en udvidelse af fødselsdatabasen  |
| Senfølger efter kræft  | Et høringssvar med fastholdelse af relevans med henvisning til det tværfaglige islæt i en sådan database og stadig flere, der overlever kræft  |
| Smerter  | To høringssvar med fastholdelse af relevans med henvisning til høj alvorlighed ved svære smerter – og mulighed for at afgrænse denne delpopulation klart – og kommende retningslinje for almen praksis   |
| Kolposkopi- og konisatio   | Et høringssvar med fastholdelse af relevans af kolposkopi- og konisatiodatabase med henvisning til at screeningsdatabasen ikke har fokus på området og der er kendte forskelle i kvaliteten  |

| Område dækket   | Høringssvar   |
|---|---|
| Osteoporose   | Fastholdelse af relevans bl.a. med henvisning til at det er folkesygdom – og forslag om fokus på del af populationen, der har oplevet fraktur (taler ind i en udvidelse af databasen for hoftenære frakturer)   |
| Tre områder meldt ind vedr. hovedskade/rehabilitering | Forslag om en samlet tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsdatabase for alle med erhvervet hjerneskade (som alternativ til de tre vurderede områder: Hovedtraume, rehabilitering ved hjerneskade og Hjerneskade af andre årsager end stroke/apopleksi) |
| Andre input   | 34. emne til listen: postcommotionelt syndrom (kan evt. ses i sammenhæng med ovenstående forslag om samlet database for erhvervet hjerneskade )   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <i>Kasper Aaboe, Cheflæge på Gynækologisk afdeling, Rigshospitalet.</i>   |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Arbejdsgruppen har fra begyndelsen haft opbakning fra deres faglige selskab og har netop udgivet en samlet klinisk anbefaling af symptomatisk galdestensbehandling i Danmark, godkendt af Sundhedsstyrelsen.</i></p> <p><i>Med den nye database åbnes der mulighed for at monitorere galdestenssygdom og behandling fra henvisning fra egen læge til behandlingstilbud, uanset om patienten modtager operation eller indgår i et kontrolforløb. Der skelnes således ikke mellem et operativt og non-operativt forløb og der skelnes ikke mellem behandling i offentligt eller privat regi. Alle patienter følges med PRO-data, hvilket er vigtig, i det den primære indikation for operation oftest er smerte alene. At operere på smerteindikation alene er velkendt i kirurgiske specialer at kunne medføre en større risiko for manglende effekt af indgrebet, forværring eller ingen ændring i symptomer.</i></p> <p><i>Alle patienter kan sikkert identificeres gennem de kirurgiske ambulatorier og den nye databaseløsning, hvor patienterne gennemgår udredning. Vi forventer ca. 15.000 nye henvisninger om året. Tallet må dog tolkes med en betydelig usikkerhed, idet ikkeopererede patienter ikke bliver opgjort. Den nye database giver overblik over det stigende antal operationer med baggrund i et skred i indikation, men også - omend mindre sandsynligt - ændringer i sygdomsudbredning. Et område, vi også inden for vores speciale har fokus på, ikke bare på grund af den aktuelle begrænsede kapacitet, men også for at give patienten den rette behandling og operation til rette tid.</i></p> <p><i>Databasen vil med den stigende mængde operationer kunne monitorere følgevirkninger ved behandling af galdesten, hvor nyere studier viser at senfølger kan opstå også flere måneder og år efter operationen. Både galdestenssygdommen og følgevirkningerne i form af fortsatte smerteanfald er velkendte at kunne påvirke arbejdsevnen og livskvaliteten. Det gælder også de få, men alvorlige operationskomplikationer, som kan være fatale eller give varige invaliderende senfølger på i øvrigt ellers raske personer.</i></p> |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>De valgte fagområder virker umiddelbart relevant udvalgt og der er ikke indsigelser mod dette. Men set i lyset af den store gruppe af ofte helt raske yngre mennesker, der får fjernet et ellers rask organ, virker det rimeligt at arbejdsgruppen får adgang til at kunne sende en ansøgning og dermed kunne uddybe deres argumenter. En national database virker mest oplagt til national monitorering, idet denne patientgruppe på grund af operationskapacitet oftest flyttes mellem offentligt og privat regi, for at kunne opfylde ventetidsgarantier og patientønsker.</i></p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Der er ingen indsigelser.</i></p>   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Evt. øvrige input</b> | <p><i>Som cheflæge på en Gynækologisk afdeling kan jeg varmt anbefale initiativet til en dansk galdestensdatabase og tilgangen til patientdragelse baseret på PRO-data. Arbejdet med fælles beslutningstagning om mulig operation i vores speciale har afdækket et stort behov for både redskaber, men også evidens og viden i den måde vi inddrager og rådgiver patienten. Modsat kræftlidelse, hvor der er en absolut operationsindikation for at sikre overlevelse, lader det til, at operationsindikationen ved galdestenslidelse ofte er relativ, hvormed en del patienter formentlig kan skånes for en operation, specielt de raske unge individer, der skal leve med følgevirkninger og muligvis manglende effekt af operationen.</i></p> <p><i>Med designet med integreret registrering og indrapportering af PRO-data i de digitale forløbsguides sammenholdt med prædiktionsmodellen, lader det til at være skabt et godt fundament for en individuel risiko og effekt estimering "online" - det virker fremtidssikkert og appellerer til den moderne patient, der ofte møder velinformeret med krav om det samme.</i></p> |
| <b>Bilag</b>             |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>   |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <i>DSOGs Videnskabelige sekretær og Næstformand</i>  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Ingen kommentarer</i>   |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Ingen kommentarer</i>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Vedr. sectiodatabase:</i><br/>Der vil via en sectio database(et af de hyppigste kirurgiske indgreb i Danmark) være en unik mulighed for at kvalitetsudvikle på dette indgreb der ikke er megen dansk forskning på. Det vil via et validet datasæt – som en database ville kunne levere- være muligt at finde den kvalitative bedste måde at lave dette indgreb på, inkl. kirurgisk teknik og anæstesiologisk behandling.<br/>En sectiodatabase opfylder efter vores overbevisning alle 8 punkter.<br/>Vi har i styregruppen for Kvalitetsdatabasen for fødsler diskuteret muligheden for at implementere sectio data i den eksisterende database, men har forstået at RKKP mener det vil være et for stort datasæt, med for mange indikatorer.</p> |
| <b>Evt. øvrige input</b>  | <i>Frit tekst</i>  |
| <b>Bilag</b>  |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>   |  |
|--|--|
| Forum: Vurderingsgruppen   | Vurdering  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>   |  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/> Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i></p>  |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/> Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/> Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Vedr. kolposkopi- og konisatiodatabase.</i></p> <p><i>Vi anerkender og er glade for, at der siden 2009 har været en RKKP-database, der har til formål at evaluere kvaliteten af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Vi anfægter dog bestyrelsens beslutning om, at der ikke er et behov for at måle på kvaliteten af diagnostik og behandling af kvinder med celleforandringer på livmoderhalsen. I den eksisterende database indgår der ikke kvalitetsindikatorer, der har til formål at evaluere den diagnostiske- eller behandlingsmæssige del af screeningsprogrammet i modsætning til eksempelvis screeningsprogrammet for tarmkræft. For at der opnås maksimal effekt af de midler og ressourcer, der årligt bruges for at forebygge livmoderhalskræft i Danmark, er det vigtigt, at vi sikrer en høj kvalitet af diagnostik og behandling af denne patientgruppe. I takt med at flere kvinder vil være HPV-vaccineret i fremtiden, og vi overgår til HPV-baseret screening, bliver det sværere at foretage udredning, idet sandsynligheden for sygdom blandt henviste kvinder vil falde. For at undgå overdiagnostik og overbehandling er det vigtigt, at man starter med at implementere kvalitetsindikatorer på diagnostik og behandling på nuværende tidspunkt.</i></p> <p><i>I forhold til de 8 punkter har vi følgende bemærkninger:</i></p> |

1. *Der er opbakning fra såvel Dansk Kolposkopiselskab, Dansk Patologiselskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*
2. *Der er mulighed for kvalitetsudvikling og bedring af ulighed i behandlingen på tværs af regioner. Vi har blandt andet præliminære data fra Danmark i perioden 1998-2020, der tydeligt viser et fald i andelen af frie resektionsrande efter et keglesnit og med store regionale forskelle. Der er et behov for at finde ud af, hvad den (eller de) underliggende årsag(er) kunne være. Kvinder med ikke-frie rande er i større risiko for recidiv og et nyt indgreb, og de har større risiko for udvikling af cancer. Derudover er de en større byrde i sundhedsvæsenet, da der kræves flere kontroller og flere prøver. Ydermere er det vigtigt at pointere, at der på nuværende tidspunkt ikke er krav til den læge, der udreder eller behandler celleforandringer i modsætning til tarmkræftscreeningsprogrammet. Det betyder, at undersøgelsen eller behandlingen ofte foretages af uddannelseslæger med meget lidt erfaring og oplæring. Også af denne grund er det vigtigt løbende at evaluere, at det ikke påvirker kvaliteten af diagnostik og behandling.*
3. *Der er klar faglig enighed om, hvad der er god behandling. Derudover er der identificeret valide kvalitetsindikatorer i Europa, som vi kan bruge.*
4. *Vi har mulighed for at afgrænse populationen, og flere kvalitetsindikatorer kan let udtrækkes fra patologiregistret. Andre kræver et tæt samarbejde med gynækologer i praksis og på sygehuse.*
5. *Livmoderhalskræft er en alvorlig sygdom, men samtidig med, at vi skal forebygge cancer er det vigtigt, at vi gør mindst skade. Et keglesnit øger eksempelvis risikoen for at føde for tidligt.*
6. *Det er tværfagligt, idet udredning og behandling samt opfølgning kræver et godt samarbejde mellem gynækologer, patologer og almen praksis.*
7. *Der er tale om et stort volumen som anført i ansøgningen*
8. *I begrundelsen fra bestyrelsen ser det ud til, at bestyrelsen har valgt ikke at prioritere en kolposkopi- og konisatiodatase, idet der i forvejen er en database (DKLS). Den beslutning vil vi som tidligere nævnt gerne anfægte. DKLS måler kun på screening og evaluerer ikke, om kvaliteten af kolposkopi, biopsitagning og behandling er sufficient. Såfremt bestyrelsen vælger at holde fast i denne afvisning vil vi i Dansk Kolposkopiselskab anmode om at blive*



|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | <p><i>inddraget i processen med at inkludere flere kvalitetsindikatorer i DKLS-regi, således at vi begynder at monitorere kvaliteten af diagnostik og behandling til gavn for de mange patienter. Vi mener, det ville være til gavn for patienterne og kvalitetsudviklingen, at der tilknyttes flere gynækologer til dette arbejde, og det ville være fordelagtigt, hvis man valgte at inkludere gynækologer fra både offentlige og private enheder i dette arbejde. Det skyldes, at en stor del af diagnosticering og behandling foretages af privatpraktiserende gynækologer.</i></p> <p><i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i></p> |
| <b>Evt. øvrige input</b> | Frit tekst   |
| <b>Bilag</b>             |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| Forum: Vurderingsgruppen  | Vurdering  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <b>Gruppen for oprettelsen af en Galdestensdatabase</b><br><br>Lars Tue Sørensen, cheflæge, dr.med. et pharm., Abdominalcenter K, Bispebjerg Hospital<br><br>Lars Maagaard Andersen, klinikchef, ledende overlæge, MPG, Kirurgisk afdeling, Aalborg Universitetshospital<br><br>Anders Christian Larsen, afdelingslæge, ph.d.<br><br>Daniel Mønsted Shabanzadeh, 1. reservelæge, ph.d., Gastroenheden, Kirurgisk sektion, Hvidovre Hospital  |
| <b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i><br><br>Vi takker for gennemgangen af vores anmodning om oprettelse af en galdestensdatabase som er foregået i udvalget. Vi ser at i har vurderet at faktorer 1-4 er sufficente for oprettelsen af databasen. Vi er dog uenige i vurderingen af faktorer 5-8.<br><br>En kirurgisk fjernelse af galdeblæren (kolecystektomi) er aktuelt eneste accepterede definitive behandling for galdesten. Årligt opereres omkring 10.000 patienter for galdesten i Danmark. Den årlige incidens har været stødt stigende siden 90'erne.<br><br>Galdestenspatienter behandles i et tværfagligt samarbejde mellem kirurger og gastroenterologer, da behandlingen involverer både operation og evt. endoskopiske procedurer. Yderligere smertebehandles en stor del af galdestenspatienterne i primærsektoren hos egen læge.<br><br>Operationen for langt hovedparten er planlagt. Hos op mod 30% foregår operationen akut grundet galdestenskomplikationer. Patienterne er typisk kvinder og i alderen +40 år. De fleste operationer – omkring 70% – er for den smertetilstand som galdesten kan medføre som kan være svært invaliderende og med sygemelding til følge.<br><br>De akutte komplikationer til operationen er oftest ikke alvorlige. Dog kan der hos få (omkring 5/1000 operationer) ske alvorlige skader på galdevejene under operationen, hvilket kræver reoperationer med høj sygelighed og potentielt dødelighed til følge. Der haves ikke tilstrækkelig viden om senfølger til operationen. Dette oftest fordi senfølger kan optræde i flere år efter operationen. Dog kan disse senfølger medføre dårlig livskvaliteten. Et eksempel er invaliderende diareer grundet galdesyremalabsorption som nævnt ved Torben Jørgensen.<br><br>Opgørelse fra både Danmark og internationalt viser at omkring 30-40% af patienter som lader sig operere har ikke tilstrækkelig smertedæpende effekt af operationen, hvilket ellers var det primære formål med operationen. |

Den stedmoderlige behandling af galdestenssygdommen i kvalitetsmæssig sammenhæng har således medført en

- stor patientgruppe med en stødt stigende årlig incidens af operationer
- enorm og voksende population af opererede patienter med ukendt omfang af senfølger, forbrug af sundhedsydelse og sygelighed
- massiv overbehandling af en i øvrigt rask yngre befolkning med uacceptabelt mange der efter operation enten har utilstrækkelig effekt eller potentielt er stillet dårligere med forringet livskvalitet.

Idet vi ikke har nyere danske opgørelser, kan vi ikke give præcise estimater for problemets omfang. Dog må forventes at danske tal vil ligne de internationale. En database vil kunne afdække denne – formodede – brist i kvaliteten af behandling for galdesten.

Vi mener ikke at det er relevant for behandlingen af galdestenssygdommen, at der i det kirurgiske speciale eksisterer andre databaser, da disse vedrører andre sygdomme.

Der har tidligere eksisteret en database i RKKP-regi, Dansk Galdedatabase, men den blev lukket i 2011 efter en kort årrække, da den alene adresserede den rent kirurg-tekniske del af behandlingen, og var således uegnet til kvalitetsovervågning af alle aspekter af behandlingen og deres senfølger. Som det fremgår af ovenstående, vil en fremtidig Dansk Galdestensdatabase, have et langt bredere fokus.

Vi planlægger en database med udgangspunkt i brug af PRO(M) data. Dette er en fundamental ændring i forhold til de etablerede kirurgiske databaser, og det at vi opprioriterer patientens symptomer og livskvalitet som indikatorer for den samlede behandling uanset om de modtager operation eller ej, betyder af vi udover at kunne monitorere kvaliteten af behandlingen med traditionelle indikatorer for operationskomplikationer, kan vi faktisk også måle på effekten af behandlingen, idet databasen følger patienten efterfølgende. Opsamling af data på senfølger følger naturligt heraf.

En anden nytænkende fordel ved databasen er prædiktionsmodellen som med de indsamlede data gør det muligt at give patienten individuel rådgivning med hensyn til risiko og effekt af en operation eller observation. Modellen har således allerede fra start indtænkt fælles beslutningstagning, faciliteret ved et online beslutningsstøtteværktøj (CE-certificeret), der når patienten har registreret sig og afgivet sine oplysninger, umiddelbart vil kunne afgive et estimat som patienten og den fagprofessionelle vil kunne bruge i samtalen om den for patienten rette behandling.

Aktuelle status er at vi afprøver pilot-projekter i ambulatoriet og etablerer nu et patientpanel der skal rådgive os omkring systemets udvikling.

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Systemet etableres i digitale forløbsguides, så det falder naturligt ind i patientens overblik over det samlede patientforløb.</p> <p>Vi mener ikke at kvaliteten af behandlingen kan monitoreres eller løftes nationalt for denne kæmpe patientpopulation uden en database. Vi opfordrer udvalget til at genoverveje deres prioritering i henhold til vores høringssvar således at vi får mulighed for at indsende en ansøgning. Her vil vi kunne uddybe vores argumenter og fremlægge den model vi har udarbejdet og som vil blive vist på RKKPs kvalitetskonference, november 2022 i Aalborg.</p> |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/> Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul> | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p> <p>Af gennemgangen ses det at de fem prioriterede områder forekommer langt mindre end galdestenssygdommen. Vi henviser her til den høje årlige incidens af operationer og til den tårnhøje samlede prævalens af opererede patienter som angivet foroven.</p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/> Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i></p>  |
| <p><b>Evt. øvrige input</b></p>  | <p><i>Frit tekst</i></p>  |
| <p><b>Bilag</b></p>  |   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| Forum: Vurderingsgruppen  | Vurdering  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  |  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH) har ikke kommentarer til udvælgelsen eller operationaliseringen af de otte faktorer. Vi bemærker, at "kronisk leversygdom" i vurderingen af faktoren "tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb" er markeret gul som udtryk for, at behandlingen kun finder sted i én sektor eller kun involverer én faggruppe (<a href="https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-databaser/prioritering/horing/b2_databaser-sarlig-vurderet.pdf">https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-databaser/prioritering/horing/b2_databaser-sarlig-vurderet.pdf</a> og <a href="https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-databaser/prioritering/horing/b1_operationalisering-otte-faktorer.pdf">https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-databaser/prioritering/horing/b1_operationalisering-otte-faktorer.pdf</a>).</i></p> <p><b>Tværasektorialitet:</b> DSGH ønsker at påpege, at to store grupper af patienter med kronisk leversygdom, patienter med alkoholrelateret leversygdom og patienter med kronisk viral hepatitis, ofte har behov for behandling af misbrugsproblemer i kommunalt regi. Derudover forventes almen praksis at få en større og større rolle i tidlig opsporing af kronisk leversygdom (<a href="https://endocrinology.dk/PDF/NAFL.pdf">https://endocrinology.dk/PDF/NAFL.pdf</a>).</p> <p><b>Tværfaglighed:</b> DSGH ønsker at påpege, at behandling af patienter med kronisk leversygdom involverer både læger, sygeplejersker og diætister (<a href="https://dsg.dk/wp-content/uploads/2022/08/Ambulant-cirrosee-guideline-2022.pdf">https://dsg.dk/wp-content/uploads/2022/08/Ambulant-cirrosee-guideline-2022.pdf</a>). Blandt læger er der et meget tæt samarbejde mellem hepatologer, interventionsradiologer, kirurger og intensivister. Palliation af patienter med terminal levercirrose har også fået tiltagende bevågenhed og kræver både tværasektorialitet og tværfaglighed. (<a href="https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2021-4/patienter-med-levercirrose-savner-tilbud-om-tidlig-palliativ">https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2021-4/patienter-med-levercirrose-savner-tilbud-om-tidlig-palliativ</a>).</p> |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   |  |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   |  |
| <b>Evt. øvrige input</b>  |  |
| <b>Bilag</b>  |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| Forum: Vurderingsgruppen  | Vurdering  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <b>Torben Jørgensen</b>  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i></p>  |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i></p> <p>Jeg ser med nogen forbavselse at et forslag om en galde database ikke får støtte igennem RKKP. Her er tydeligvis et område, hvor der foregår en massiv overbehandling, som ligger til last for sundhedsvæsen og patienter. Sygdomsgruppen er kæmpestor og består typisk af kvinder i alderen + 40 år, og som oftest er raske ud over deres galdestenssygdom på diagnosetidspunktet.</p> <p>Området har været og bliver fortsat stedmoderlig behandlet rent kvalitetsmæssigt.</p> <p>Der opereres aktuelt omkring 10.000 patienter hvert år, hvor der i 2007 blev opereret 7000 patienter. Det årlige antal operationer for galdesten er således tårnhøjt og stigende sammenlignet med mange andre sygdomsgrupper. Det er et problem, at den samlede population af opererede patienter på denne måde vokser.</p> <p>Omkring 30-40% af patienter der får fjernet galdeblæren ved operation, får ikke den smertelindrende effekt der ellers var formålet med operationen. På trods af at vi har vidst dette i årtier,</p> |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
|                                 | <p>fortsætter årligt antal operationer med at stige kraftigt i Danmark.</p> <p>Der er generelt få akutte komplikationer til operation for galdesten - samlet omkring 10% i den umiddelbare postoperative periode. Men de få komplikationer er potentielt meget alvorlige såsom skader på de dybe galdeveje, hvilket kræver op til flere re-operationer med både sygelighed og dødelighed som konsekvens.</p> <p>Vedrørende langtidskonsekvenser efter operation for galdesten har man aktuelt ikke et ordentligt kendskab til livskvalitet eller senfølger. Med det vides, at opererede patienter kan få livskvalitetsforringende diareer og galdesyremalabsorption, og disse kan forekomme år efter operationen.</p> <p>I lyset af, at sundhedsvæsenet er meget presset og har svært ved at levere den ønskede behandling i henhold til de garantier patienter er blevet forsikret, forekommer det absurd, at man fortsat accepterer denne massive overbehandling af en sygdomsgruppe.</p> <p>Ud fra et patientsikkerheds- og økonomisk perspektiv er der således et stort behov for at reducere antal operationer i Danmark samt kun at udvælge de patienter der har gavn af operation.</p> <p>PRO data er traditionelt ikke blevet brugt i kirurgiske databaser. Potentialet med PRO data på galdeområdet er at kunne identificere de patientgrupper eller de landsdele, hvor operation giver dårligste resultater for patienterne. Kun med en national database kan der laves lokale, regionale og nationale kvalitetsforbedringer på området.</p> <p>Der er således behov for at kvalitetsforbedre galdeområdet med fokus på at reducere unødvendige operationer i denne ellers raske og yngre patientgruppe. Kun en national database kan løfte denne opgave. Jeg anbefaler derfor at man prioriterer en galdedatabase i RKKP regi.</p> |
| <p><b>Evt. øvrige input</b></p> | <p><i>Frit tekst</i></p> <p>Det har igennem mange år været drøftet om alle personer med galdesten skulle have galdeblæren fjernet, da det potentielt kunne give komplikationer (cholecystitis etc.). Men denne drøftelse er nu forstummet ud fra de seneste års gedigne epidemiologiske studier over sygdommens naturhistorie.</p>  |
| <p><b>Bilag</b></p>             |   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>   |  |
|--|--|
| Forum: Vurderingsgruppen   | Vurdering  |
| Skemaet er udfyldt af  | Poul Hedevang Christensen  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværsektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Arbejdsgruppen har netop udgivet en samlet klinisk anbefaling af symptomatisk galdestensbehandling i Danmark, godkendt af Sundhedsstyrelsen og har fra start af haft opbakning fra deres faglige selskab. Dette kan sikre en bred opbakning til en ny national database og at de nye retningslinjer bliver implementeret og fulgt.</i></p> <p><i>I lighed med vores knæ og hoftepatienter bliver galdestenspatienter set i ambulatoriet og ofte er smerte den primære indikation for henvisning.</i></p> <p><i>At man i databasen vælger at følge patienterne med PRO(M)-data fra start, finder vi helt essentielt for en moderne database. Det er velkendt i alle kirurgiske specialer at når man opererer på smerteindikation alene, kan det medføre en stor risiko for dels komplikationer og dels manglende effekt.</i></p> <p><i>Alle patienter lader til at kunne sikkert identificeres gennem de kirurgiske ambulatorier og den nye databaseløsning, hvor patienterne gennemgår udredning, starter allerede ude ved patientens egen læge i det øjeblik de bliver henvist.</i></p> <p><i>Det skønnes at nyhenviste andrager minimum 10.000/år, hvis man ser på de seneste opgørelser over operationer. Men da ikke alle med anfald får fjernet deres galdeblære, må den samlede population af galdestenspatienter være betydelig højere.</i></p> <p><i>Den nye database vil kunne give overblik over det stigende antal operationer skyldes skred i indikation eller om sygdommen rent faktisk udvikler sig, hvilket dog ikke virker sandsynligt.</i></p> <p><i>Inden for hofte- og knæartrose har vi set en betydelig gevinst ved at tilbyde fysioterapi i stedet for operation til bestemte patienter, hvilket ikke har forringet livskvaliteten hos disse patienter, tværtimod er den øget.</i></p> |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>  | <p><i>De valgte fagområder virker umiddelbart relevant udvalgt og der er ikke indsigelser mod dette.</i></p> <p><i>Man bør dog have fokus på, at det ofte er unge raske mennesker der henvises til operation med fjernelse af et ellers rask organ, og at senfølgerne er ganske underbelyste. At indgrebet foregår på mange sygehuse og ikke mindst i privat regi, må tale for en national database med kvalitetsmonitoring af ikke mindst indikationen for operation og senfølger.</i></p>  |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>  | <p><i>Der er ingen indsigelser.</i></p>  |



|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Evt. øvrige input</b> | <p>Vores afdeling hilser initiativet til en dansk Galdestensdatabase meget velkommen.</p> <p>Det skyldes ikke mindst at de har valgt at videreføre den model vi arbejder med, hvor integration af PRO-data danner grundlag for prædiktionsmodellen ERVIN (effekt og risiko ved operation). Den kan ses i klinisk anvendelse på vores ambulatorium.</p> <p>Hermed er der skabt grundlag for en fælles kirurgisk løsning, der ikke begrænser sig til et enkelt speciale, men som kan tilrettes det enkelte speciale og ikke mindst den enkelte sygdom.</p> <p>At man fra arbejdsgruppen vælger at integrere databasen i de digitale forløbsguides, viser at man har fokus på det samlede forløb for patienten, hvorved databasen bliver relevant ikke bare som et kvalitetsmonitoreringsværktøj, men rent faktisk kan anvendes af patienten til at søge information.</p> |
| <b>Bilag</b>             |  |

## Anne-Marie Sigsgaard Hansen

---

**Fra:** lars\_bye\_moeller@faks.dk  
**Sendt:** 27. oktober 2022 00:03  
**Til:** RKKP Faglig Kvalitet (Funktionspostkasse)  
**Cc:** Iben Rohde; Tobias Tapio Miller Pörsti  
**Emne:** Re: RKKP-2023-prioritering: afdækning af mulige databaseområder - høring vedr. indstillinger til RKKP-bestyrelsen, frist 2.11 kl. 10.00

Vi skriver til jer, da vi er i tvivl om fortolkningen af RKKPs afslag og graderingen af faktorer ift. kroniske komplekse smerter.

Vi har fuld forståelse for den stramme prioritering af hensyn til ressourcer.

Imidlertid vil vi gerne vide, om der er nogle konkrete elementer, der fremadrettet kan forbedre grundlaget for oprettelse af en fremtidig database på smerteområdet.

Dette hænger sammen med, at vi starter første etape af et sæt initiativer i smertehandlingsplanen i sundhedsstyrelsen her til efteråret. I første omgang handler det om at lave en national klinisk anbefaling for udredning af patienter med kroniske smerter i almen praksis, herunder et smertescreeningsværktøj.

Desuden vil vi gerne udfordre de to faktorer som området falder ud på.

Kommentarer til de to faktorer:

Faktoren “ alvorlighed/påvirket arbejdsevne” klassificeres som gul.

Nedsat livskvalitet og periodevis fravær fra arbejdsmarkedet er rigtigt nok mest retvisende, hvis man ser på populationen af mennesker med kroniske smerter som en helhed.

Imidlertid udgør smertepatienter med kroniske komplekse smerter en højere grad af alvorlighed med permanente overførselsindkomster. Det er også forskning der tyder på, at den høje grad af immobilitet, fravær fra arbejdsmarkedet og social isolation, medvirker til livsstilssygdomme der reducerer livslængde af denne patientgruppe.

Faktoren “afgrænsning af population” bliver graderet som rød. Hvis man imidlertid kigger på en del population af patienter med aktionsdiagnose for kroniske komplekse smerter, kan denne afgrænses tydeligt på baggrund af diagnose. Desuden har de også forløb i primærsektoren og kommunen enten før, samtidigt med eller efter behandling i tværfagligt smertecenter. I disse sektorer er der stort potentiale for kvalitetsforbedringer i behandlingen af denne patientgruppe.

Mvh. Lars Bye Møller.

Sundhedsvidenskab og internationale relationer.

Tlf: 61 27 40 47.

FAKS -Foreningen af kroniske smerteramte og pårørende.

<https://faks.dk/>

Smertelinjen - gratis telefonrådgivning.

<https://smertelinjen.dk/>

Den 13. okt. 2022 kl. 16.56 skrev RKKP Faglig Kvalitet (Funktionspostkasse) <rkkp@rkkp.dk>:

**Til forslagsstillere, RKKP's bestyrelse og fagligt råd**

33 bud på nye databaser: Interessen har været overvældende for at byde ind med ideer til nye kliniske kvalitetsdatabaser, som kan måle kvaliteten af behandlingen for patienter i hele landet. Tusind tak til alle forslagsstillere.

En vurderingsgruppe, bestående af seks bredt og stærkt fagligt forankret personer, har gennemgået alle forslagene.

Vurderingsgruppen anbefaler, at fem af de 33 databaser opfordres til ansøgning. Anbefalingen sker på baggrund af otte fastlagte kriterier, hvoraf tre er egentlige krav, som sygdomsområdet skal leve op til for at komme i betragtning: Opbakning fra fagligt selskab, mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen og faglig enighed om, hvad der udgør god kvalitet (f.eks. tilstedeværelse af kliniske retningslinjer).

Vurderingsgruppen indstiller til bestyrelsen, som træffer den endelige afgørelse. Det betyder, at der først skal ske ansøgning, når bestyrelsen har truffet sin endelige beslutning den 23. november. Her vil ansøgningsskema også blive udsendt. I forlængelse af vurderingsgruppens indstilling kan bestyrelsen opfordre andre sygdomsområder til at ansøge om oprettelse af en klinisk kvalitetsdatabase.

Vurderingsgruppen har besluttet, at sende deres indstillinger – og grundlag for indstillingerne - i åben høring frem til 2. november 2022. Dette for at understøtte, at bestyrelsens beslutningsgrundlag bliver så komplet som muligt.

RKKP er meget taknemmelige for de mange indkomne forslag til nye databaser, og vi er bevidste om, at flere forslagsstillere er skuffede over de nuværende indstillinger. Det er vigtigt at sige, at et evt. afslag på oprettelse af en klinisk kvalitetsdatabase ikke er ensbetydende med, at sygdomsområdet ikke er egnet. Det skyldes, at vi kun har budget til at etablere 2-3 databaser

Mere om høringen, de p.t. udvalgte områder og den samlede proces nedenfor. Høringen annonceres via RKKP's kanaler på mandag.

### **Høring – screening og kommende 2023-prioritering af evt. nye databaser**

*Åben høring fra 17. oktober – 2. november 2022 kl. 10.00*

I starten af 2023 skal der tages beslutning om op til tre nye kvalitetsdatabaser til etablering i RKKP.

RKKP-bestyrelsen besluttede i marts 2022, at dette skal ske via en åben og gennemsigtig proces, hvor der sikres en bred afsøgning af mulige nye databaseområder og en klar strategisk ramme, som blev sat af regionssundhedsdirektørkredsen og bestyrelsen d. 10. juni 2022.

Høring om nye databaser: 33 forslag til nye kliniske kvalitetsdatabaser er kogt ned til fem. Efter grundig gennemgang af indkomne forslag indstilles fem sygdomsområder til at indsende egentlig ansøgning til oprettelse af en database. Der er nu høring frem til 2. november kl. 10.00.

Høringssvar skal fremsendes til [rkkp@rkkp.dk](mailto:rkkp@rkkp.dk) via [skema](#). I skemaet fremgår, hvilke oplysninger, der efterspørges. Spørgsmål kan ligeledes rettes til [rkkp@rkkp.dk](mailto:rkkp@rkkp.dk).

Se mere om baggrund for indstillingen nedenfor.

## Processen og høringsmateriale

Processen – både det, der er gået forud og det, der udestår – er beskrevet herunder, idet vi nu er ved trin 5 – åben høring.

- Trin 1 – Åben afsøgning og initial screening
- Trin 2 – Drøftelse på fællesmøde i RKKP bestyrelse og faglige råd
- Trin 3 – Vurderingsgruppens anden gennemgang
- Trin 4 – Vurderingsgruppens indstilling til bestyrelsen
- Trin 5 – Åben høring I (aktuel proces)
- Trin 6 – Bestyrelsens udvalg af område, der opfordres til ansøgning
- Trin 7-11 – senere ansøgningsproces, høring og endelig beslutning

### [Se samlet tidsplan](#)

#### *Trin 1 – Åben afsøgning og initial screening*

I juli-august 2022 blev der gennemført en bred afsøgning af mulige områder, hvor i alt 33 forslag er identificeret. Afsøgningen omfattede dels identifikation af områder med stor sygdomsbyrde, dels interessetilkendegivelse fra bl.a. faglige miljøer og patientorganisationer.

De 33 forslag blev i august 2022 gennemgået af en vurderingsgruppe bestående af:

- Direktør Kim Brixen, OUH (repræsenterer hospitalsledelse med sundhedsfaglig baggrund)
- Professor, overlæge, dr. med. Søren Overgaard, bestyrelsesmedlem i LVS (LVS)
- Professor, PhD Fysioterapeut Henrik Bjarke Vægter, Smertecenter Syd, OUH & Klinisk Institut, Syddansk Universitet (øvrige faglige selskaber)
- Overlæge Susanne Vest, Sundhedsstyrelsen
- Vicedirektør Annette Wandel, Danske Patienter
- Direktør Jens Winther Jensen, RKKP

Gruppens opdrag var at foretage en screening af de 33 forslag og udvælge 5-10 områder, som efterfølgende anbefales at fremsende en egentlig ansøgning. Gruppen pegede på 10 områder.

### [Se nærmere beskrivelse af afsøgning og grundlag for vurderingsgruppens oprindelige screening](#)

#### *Trin 2 – Drøftelse på fællesmøde i RKKP bestyrelse og faglige råd*

Forslaget fra vurderingsgruppen blev – sammen med de øvrige 23 områder - gennemgået medio oktober 2022 på fællesmøde mellem RKKP's faglige råd og bestyrelse.

På fællesmødet blev der peget på, at fem yderligere områder evt. skulle opfordres til ansøgning. Vurderingsgruppen blev bedt om at genbesøge de faktorer, der blev anvendt i den initiale screening, og gennemgå de nu 15 udvalgte områder mere systematisk ift. faktorerne. Gruppen fik opgaven max. at pege på 7 områder.

#### *Trin 3 – Vurderingsgruppens anden gennemgang*

Efter genbesøg er otte faktorer beskrevet og brugt som grundlag for anden gennemgang. De otte faktorer er udvalgt med udgangspunkt i Bekendtgørelsen (BEK) nr 881 af 26/06/2018 om godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser samt erfaringer med forudsætninger for veldrevne kliniske kvalitetsdatabaser, der kan bidrage til kvalitetsudvikling. Faktorerne er defineret som anført herunder.

Tre egentlige krav:

1. Opbakning fra fagligt selskab
2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen
3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer

Yderligere fem faktorer i prioriteret rækkefølge:

4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data
5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne
6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb
7. Volumen
8. Dækning af specialet/området med database

Som indikation af hvorvidt de otte krav er opfyldt på de foreslåede områder, er hver af de otte faktorer vurderet og operationaliseret med farverne grøn, gul, rød og gråt.

[Se mere om operationalisering.](#)

#### *Trin 4 – Vurderingsgruppens indstilling til bestyrelsen*

På baggrund af anden gennemgang anbefaler vurderingsgruppen, at RKKP-bestyrelsen d. 23. november 2022 opfordrer de følgende fem områder (med højst to mulige udfordringer i relation til de otte faktorer) til at **søge om etablering af database**. Derudover kan bestyrelsen vælge at prioritere yderligere databaser til ansøgning af særlige politiske/strategiske hensyn, hvor gruppen bl.a. anbefaler, at bestyrelsen skeler til områder, hvor der vurderes at mangle fokus på patientgruppen.

De fem anbefalede områder til ansøgning er:

- Parkinson
- Kronisk leversygdom
- Venøs tromboemboli
- Bipolar lidelse
- Dobbelt-diagnoser (psykiatri & rusmiddelproblemer)

Se [gennemgang af de 15 udvalgte databaser og baggrund for indstilling](#) – og [begrundelse for at de øvrige 18 databasers indstilles frasorteret](#)

#### *Trin 5 – Åben høring I (aktuel proces)*

For at sikre et så fuldstændigt grundlag for den kommende bestyrelsesbeslutning som muligt iværksættes nu en åben høring frem til **2. november 2022 kl. 10.00**.

Ved høringen kan der fremsættes yderligere oplysninger om alle 33 områder, som skønnes at have betydning for vurdering af databaserne på de otte kriterier. Samt andre særlige hensyn, der ønskes inddraget af bestyrelsen.

[Se oplysninger om de 33 områder, der har ligget til grund for den hidtidige indstilling](#)

#### *Trin 6 – Bestyrelsens udvalg af områder, der opfordres til ansøgning*

Endelig beslutning om hvilke områder *opfordres til ansøgning* og faktorer, der inddrages i kommende prioritering, tages af RKKP-bestyrelsen 23. november 2022.

#### *Trin 7-11 – senere ansøgningsproces, høring og endelig beslutning*

Efter den 23. november 2022 vil ansøgningsskema blive tilgængeligt og bestyrelsens konklusioner offentliggjort.

Her vil vurderingsgruppen gennemgå kommende ansøgninger i forhold til:

- De endelige faktorer
- Mulighed for patientorientering i databaserne på områderne.

Deres indstilling til prioritering vil være i endnu en høring (Åben høring II).

Endelig beslutning om hvilke *områder, der prioriteres* til etablering, vil ske ved RKKP-bestyrelsen på møde den 8. marts 2023.

med venlig hilsen

---

**Anne-Marie Sigsgaard Hansen**

Chefkonsulent

RKKP's Videncenter – Ressourcer & Innovation

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3 • 8200 Aarhus N

e: [annhan@rkkp.dk](mailto:annhan@rkkp.dk)

w: [www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>   |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  |  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i></p> <p>Dansk Kirurgisk selskab mener, at det bør være mulighed for kvalitetsudvikling samt klar faglig enighed og mulighed for at sikre valide data, bør være hovedfokus i vurdering af kommende kvalitetsdatabaser.</p> <p>At området er tværfagligt eller komplekst bør IKKE have prioritet over valide data. Desuden bør volumen tælle med i afgørelsen, så kvalitetsdatabasen ikke kun dækker en håndfuld patienter.</p> <p>Er området allerede dækket af en database, skal der naturligvis ikke oprettes en ny.</p>   |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p> <p>Fleere af databaserne er svære at afgrænse i forhold til indgangskriterier og kodningen af diagnoser relevante for inklusion er både mangelfuld, og skjuler et stort mørketal af ikke-diagnosticerede patienter.</p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i></p> <p>Dansk Kirurgisk Selskab ønsker at gøre opmærksom på, at området galdesten, der har været indstillet som emne.</p> <p>I modsætning til det rundsendte materiale, er der stor opbakning fra det faglige selskab (Dansk Kirurgisk Selskab) til dette område som databasefokus.</p> <p>Der er en ny og opdateret national klinisk retningslinje med klare faglige anbefalinger, som kan være grundlag for indikatorer.</p> <p>Der er nem mulighed for at lade diagnosekoder for galdesten i LPR være indgangsvinkel til databasen og endelig er der mere end 9000 patienter, der opereres for galdesten årligt. Dette betydelige antal øges yderligere af de patienter, der får fjernet sten i dybe galdeveje.</p> <p>Området er IKKE dækket af en database, og den tidligere database var etableret for at undersøge komplikationer ved den dengang nye kikkertkirurgi. Nu vil kvalitetsmål være helt anderledes og derfor er</p> |

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | <p>den tidligere lukkede database IKKE et argument for at hindre en ny.</p> <p>Dansk Kirurgisk Selskab håber, at man vil genoverveje om Galdestenssygdom ikke skal udvælges til database, eller som minimum have området i betragtning i en kommende runde.</p> <p>For yderligere oplysninger kan Dansk Kirurgisk Selskab kontaktes via faglig sekretær Jonas Sanberg på <a href="mailto:jonas.sanberg@rsyd.dk">jonas.sanberg@rsyd.dk</a></p> |
| <b>Evt. øvrige input</b> | <i>Frit tekst</i>   |
| <b>Bilag</b>             |   |



| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  |   |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i>  |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i>   |
| <b>Evt. øvrige input</b>  | <p><b>Kommentar vedr. navngivning af databasen Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer.</b></p> <p>Betydningen af at have en dobbelt-diagnose er måske ikke bredt kendt i befolkningen. Det kunne derfor være relevant at navngive databasen, så det fremgår mere tydeligt, at databasen handler om patienter med både en psykiatrisk sygdom og en rusmiddelproblematik i stedet for at anvende udtrykket Dobbelt-diagnoser.</p> |
| <b>Bilag</b>  |   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <i>Psykiatrilædelsernes Stab - Region Sjælland</i>  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i>  |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i> |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Evt. øvrige input</b> | <p><i>Frit tekst</i></p> <p><i>Sundhedsfagligt Råd for voksenpsykiatri i Region Sjælland har drøftet prioriteringen af de 5 nye databaser og har følgende input i forbindelse med den åbne høring.</i></p> <p><i>På det psykiatrifaglige område ønsker Sundhedsfagligt Råd i et prioriteringsøjemed at pege på området "Dobbelt-diagnoser (psykiatri &amp; rusmiddelproblemer)" som første prioritet og området "Bipolar lidelse" som anden prioritet.</i></p> <p><i>Sundhedsfagligt Råd begrundet prioriteringen ud fra følgende parametre:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Dobbelt-diagnoser (psykiatri &amp; rusmiddelproblemer):</i><ol style="list-style-type: none"><li><i>a. Der er tale om en gruppe, som er vanskelig at nå, og hvor der endnu ikke er mange data</i></li><li><i>b. Der mangler overblik over gruppen</i></li><li><i>c. Behandlingen er ikke tilstrækkelig</i></li><li><i>d. Der er tale om en af de grupper, hvor der er allerstørst ulighed i sundhed</i></li></ol></li><br/><li><i>2. Bipolar lidelse:</i><ol style="list-style-type: none"><li><i>a. Der er tale om en mindre gruppe</i></li><li><i>b. Behandlingstilbuddet er velorganiseret</i></li></ol></li></ol> <p><i>I forbindelse med etablering af nye databaser skal det sikres, at dataindsamlingen er integrerbar med de eksisterende kliniske systemer i Danmark.</i></p> |
| <b>Bilag</b>             |   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| Forum: Vurderingsgruppen  | Vurdering  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  |  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i></p>  |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><b>Kroniske smerter</b><br/>Et af argumenterne for at fravælge databaseområdet Kroniske Smerter, handler om <u>identifikation og afgrænsning af populationen (faktor 4)</u>. Til det har vi følgende supplerende bemærkninger:<br/>Det videnskabelige grundlag for at forstå smerter har både gennemgået et regulært paradigmeskifte og tydeliggjort behovet for at inddrage data på et bredt grundlag. Den del af populationen som kan afgrænses tydeligt på baggrund af diagnose, har også forløb i primærsektoren og kommunen ( faktor 6 - tværfaglige forløb) enten før, samtidigt med eller efter behandling i tværfaglige smertecentre. Også i disse sektorer er der stort potentiale for kvalitetsforbedringer i behandlingen af patienter med kroniske smerter, da der er behov for at styrke både de eksisterende forløbsplaner og øge den tværprofessionelle indsats såvel som den arbejdsmarkedsrettede indsatser. Derfor er der et stort behov for at styrke datagrundlaget.</p> <p><b>Senfølger kræftbehandling</b><br/>En ny database for senfølger for kræftbehandling var blandt de foreslåede ny databaseområder, men er</p> |

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | <p>ikke blandt de 5 udvalgte. Ifølge høringsmaterialet skyldes dette blandt andet, at der ikke har været opbakning fra faglige selskaber. En kliniske kvalitetsdatabase for senfølger efter kræft er dog yderst relevant for medlemmer i Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (DOPF) og vi vil hermed gerne tilkendegive vores støtte til en database på området. Der er flere og flere mennesker, der overlever en kræftdiagnose og vi ser en stigende tendens til at et voksende antal fysioterapeuter får patienter i behandling for senfølger. Det er derfor meget relevant for fysioterapeuterne, at disse kvalitetsdatabaser udvikles, så der kan skabes evidens på området, hvilket i høj grad mangler. Vi vil derfor gerne tilkendegive på vegne af DOPF, at vi bakker op om indstillingen fra senfølgeklinikkerne om en database for området senfølger efter kræft.</p> |
| <b>Evt. øvrige input</b> | <i>Frit tekst</i>   |
| <b>Bilag</b>             | <i>Samlet høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi</i>   |

**Til: RKKP**

**Vedr.: Prioritering af nye databaseområder**

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst RKKP's prioritering af forslag til nye databaseområder.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF) og Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (DOPF).

Indledningsvist vil vi gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for en meget gennearbejdet og transparent proces for udvælgelsen.

Vi havde stillet forslag om 2 nye databaseområder: Parkinson og Kronisk smerte. Det er med stor glæde at vi har konstateret at Parkinson er med blandt de 5 udvalgte områder. Dog vil vi gerne opfordre til at genoverveje at fastholde Kroniske smerter, der er en kompleks og stor byrde for sundhedsvæsenet. Se uddybende argumentation længere nede.

Dertil vil vi supplerende gerne støtte op om forslaget vedr. senfølger for kræftbehandlinger, se ligeledes argumentation i nedenstående.

### **Kroniske smerter**

Et af argumenterne for at fravælge databaseområdet Kroniske Smerter, handler om identifikation af populationen. Til det har vi følgende supplerende bemærkninger:

Det videnskabelige grundlag for at forstå smerter har både gennemgået et regulært paradigmeskifte og tydeliggjort behovet for at inddrage data på et bredt grundlag. Den del af populationen som kan afgrænses tydeligt på baggrund af diagnose, har også forløb i primærsektoren og kommunen (tværfaglige forløb) enten før, samtidigt med eller efter behandling i tværfaglige smertecentre. Også i disse sektorer er der stort potentiale for kvalitetsforbedringer i behandlingen af patienter med kroniske smerter, da der er behov for at styrke både de eksisterende forløbsplaner og øge den tværprofessionelle indsats såvel som den arbejdsmarkedsrettede indsatser. Derfor er der et stort behov for at styrke datagrundlaget.

### **Senfølger kræftbehandling**

En ny database for senfølger for kræftbehandling var blandt de foreslåede ny databaseområder, men er ikke blandt de 5 udvalgte. Ifølge høringsmaterialet skyldes dette blandt andet, at der ikke har været opbakning fra faglige selskaber. En kliniske kvalitetsdatabase for senfølger efter kræft er dog yderst relevant for medlemmer i Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (DOPF) og vi vil hermed gerne tilkendegive vores støtte til en database på området. Der er flere og flere mennesker, der overlever en kræftdiagnose og vi ser en stigende tendens til at et voksende antal fysioterapeuter får patienter i behandling for senfølger. Det er derfor meget relevant for fysioterapeuterne, at disse kvalitetsdatabaser udvikles, så der kan skabes evidens på området, hvilket i høj grad mangler. Vi vil derfor gerne tilkendegive på vegne af DOPF, at vi bakker op om indstillingen fra senfølgeklinikkerne om en database for området senfølger efter kræft.

Vi håber at RKKP tager vores supplerende bemærkninger i betragtning og ser frem til at følge den videre proces.

Med venlig hilsen,

Gitte Arnbjerg,

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <i>Rune Askgaard, enhed for Data, Infrastruktur og Cybersikkerhed, Sundhedsministeriet.</i>   |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Ingen bemærkninger</i>   |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Ingen bemærkninger</i>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <i>Ingen bemærkninger</i>   |
| <b>Evt. øvrige input</b>  | <p><i>Bemærkning fra ministeriets kontor for Psykiatri og Misbrug:</i><br/><i>Efter at der med aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2023 er opnået enighed om, at der fra 2024 skal påbegyndes en trinvis ibrugtagning af et regionalt forankret samlet dobbeltdiagnosetilbud, forekommer det oplagt at etablere en klinisk kvalitetsdatabase med henblik på systematisk dataopsamling, forskning og kvalitetsudvikling. Pga. det tætte samspil mellem den regionale dobbeltdiagnosebehandling og den kommunale indsats bør kvalitetsdatabase udvikles i et tværasektorielt samarbejde med kommunerne.</i></p> |
| <b>Bilag</b>  |   |



Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde

Vi kan konstatere, at initiativet om at etablere en RKKP database specifikt rettet mod kejsersnit ikke er anbefalet at ansøge, og ikke er blandt de 5 databaser i høring med begrundelsen: *Vurderingsgruppen anerkender forarbejdet og den kirurgiske gruppes ønske om særskilt monitorering, hvor der teoretisk kunne etableres relevant database givet volumen og alvorlighed. Der konstateres dog, at området allerede formelt er dækket fødselsdatabasen.*

Det er således ikke fordi relevansen af en national monitorering ifht kvalitetssikring for en stor gruppe patienter ikke anerkendes. Det er således forhåbningen, at man vil prioritere at udvygge den allerede eksisterende fødselsdatabase, så den fremadrettet inkluderer de indikatorer, som er fundet relevante at monitorere på.

Helene Westring Hvidman

Cheflæge, Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Sjællands Universitetshospital Roskilde



## Høringsvar vedr. vurderingsgruppens indstilling til RKKP's bestyrelse

En vurderingsgruppe har gennemgået de indsendte forslag til nye RKKP-databaser, heriblandt forslaget fra Videnscenter for Knoglesundheds databasegruppe og fra Osteoporoseforeningen om at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for osteoporose. En database for osteoporose er desværre ikke med i vurderingsgruppens indstilling til RKKP's bestyrelse.

Vi vil hermed fra ekspert- og patientside opfordre til, at RKKP's bestyrelse tager nedenstående i betragtning, før bestyrelsen endeligt udvælger de områder, der opfordres til ansøgning.

Osteoporose er en stor folkesygdom, og en RKKP-database vil kunne bidrage til et nødvendigt kvalitetsløft af behandlingen for patienter med osteoporose. Vi er derfor nedslåede over, at sygdommen osteoporose ikke prioriteres af vurderingsgruppen.

Vi er bekendt med, at der er tale om en folkesygdom med et stort mørketal og i vurderingen af 15 udvalgte mulige databaser falder osteoporosedatabasen på, at dele af populationen ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet. Det er på ingen måde usædvanligt for folkesygdomme og er mere et argument for bedre vidensopsamling end det modsatte!

En RKKP-database skal efter vores mening, heller ikke i første omgang have til formål at monitorere hele populationen, men som første stadium den del af populationen med størst sygelighed, nemlig borgere med ny osteoporotisk fraktur.

Borgere med osteoporose i den symptomatiske fase (knoglebrud) har høj risiko for at pådrage sig ny fraktur, hvoraf den hoftenær fraktur ofte ses i det sene sygdomsstadie <sup>(1-2)</sup>.

Det betyder, at opsporing, diagnostik og behandling af denne patientgruppe med osteoporotiske frakturer, er særlig vigtigt. Disse patienter er nemme at identificere, da de henvender sig i sygehussektoren med deres brud. RKKP bør lytte til den konstruktive kritik af Hoftefraktur-databasens ambitionsniveau fra ortopædkirurgisk side (UfL2022;184:V205117) og understøtte en holistisk process hvor alle fire Major Osteoporotic Fracture typer indgår i en samlet database over frakturer. Det vil være en fremragende anledning til ikke alene at forbedre hoftefraktur-databasen men inddrage de andre osteoporotiske frakturer der, som beskrevet ovenfor, typisk indtræder på et tidligere tidspunkt i patientens sygdomsforløb. Hver tredje kvinde med hoftebrud i Danmark har allerede tidligere været i kontakt med sygehusvæsenet med en Major Osteoporotic Fracture(6)).

Som bekendt har en tværregional arbejdsgruppe under **Danske Regioner** anbefalet implementering af frakturopsporingsprogrammer på alle akuthospitaler i Danmark mhp. at sikre tilbud netop om diagnostik og eventuel behandling af disse patienter. Den tværregionale arbejdsgruppe anbefalede også at indsatsen monitoreres ved hjælp af en RKKP database.

Samme indsats er anbefalet af **Sundhedsstyrelsen** (SST) i 2018 samt af danske eksperter (2019) <sup>(3-5)</sup>.

SST vurderer, at der generelt er behov for kvalitetsløft indenfor 13 indsatsområder, illustrerende både uligheden i behandling samt behovet for kvalitetsløft.



Der er endvidere generel faglig enighed om, at udredning for osteoporose samt tilbud om medicinsk behandling af borgere med ny lavenergifrakstur er både relevant og giver faglig kvalitet. Dette gælder **også DSAM**, som også var repræsenteret i SSTs arbejdsgruppe 2018.

En afgræsning af denne population vil ikke være vanskelig at foretage:

- a) Osteoporotisk frakturer (estimeret 38.000 frakturer relateret til osteoporose årligt)
- b) Alder > 50 år

Ligesom faglige kvalitetsmål kan identificeres:

- a) DXA-skanning indenfor 6 måneder
- b) Opstart af medicinsk behandling
- c) Incidens næste fraktur

Vi mener derfor, at en osteoporosedatabase med fokus på monitoreringen af frakturospøringsprogrammer er velegnet til en RKKP-database og vil være i tråd med Danske Regioners<sup>(4)</sup>, Sundhedsstyrelsens<sup>(3)</sup> samt de faglige eksperter<sup>(5)</sup> ønske om at kvalitetsløfte området.

Med venlig hilsen

**Osteoporoseforeningen**

*Formand Linda Garlov*

**Videnscenter for Knoglesundheds kvalitetsdatabasearbejdsgruppe**

*Professor, overlæge dr.med, ph.d Bente Langdahl*

*Professor, overlæge ph.d. Bo Abrahamsen*

*Professor, overlæge, dr.med, ph.d Peter Vestergaard*

*Formand Dansk Knogleselskab, overlæge, ph.d Torben Harsløff*

*Formand Dansk Endokrinologisk Selskab, overlæge, ph.d Pernille Hermann*

*Cheflæge, overlæge, dr.med Henrik Palm*

*Overlæge, ph.d. Jens-Erik Beck Jensen*

*Overlæge, ph.d Pia Eiken*

*Ledende overlæge, ph.d. Charlotte Landbo Tofteng*

*Praktiserende læge Louise Vigel Vindahl*

*Osteoporosepatient HelleJensen*

*Centerleder, ledende overlæge, ph.d Mette Friberg Hitz*



1. Viberg B, Palm H. Fortsat plads til forbedringer på hospitaler og Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud. *Ugeskr Læger* 2022;184:V205117
2. Wong RMY et al. The imminent risk of a fracture-existing worldwide data: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporosis Int.* 2022 Jul 1; doi:10.1007/s00198-022-06473-0.
3. Sundhedsstyrelsen 2018. Osteoporose. En afdækning af den samlede indsats mod osteoporose.
4. Notat. Afrapportering fra tværregional arbejdsgruppe vedrørende osteoporose. Region Nordjylland, Sundhedsudvalget 2021-22.
5. Fagligt indspark til løft af osteoporoseområdet. Notat på baggrund af ekspertmøde afholdt af Nationalt Videnscenter for Knoglesundhed, Sep 2019.
6. Frederiksen, A., Abrahamsen, B., Johansen, P. B., & Sørensen, H. A. (2018). Danish, national cross-sectional observational study on the prevalence of prior major osteoporotic fractures in adults presenting with hip fracture—limitations and scope for fracture liaison services in prevention of hip fracture. *Osteoporosis International*, 29(1), 109–114. <https://doi.org/10.1007/s00198-017-4247-1>

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>  |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | Dansk Selskab for Neurorehabilitering, DSNR   |
| <b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i>  |
| <b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i>   |
| <b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.   | <i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i> <p>Høringssvaret berør 3 af de 33 kliniske databaser i søgelyset, hhv. Database om Hovedtraume, Database om rehabilitering ved hjerneskade og Database for Hjerneskade af andre årsager end stroke/apopleksi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I DSNR, mener vi, at det er vigtigt, at der fremadrettet bliver udviklet en database i forhold til en samlet population <i>erhvervet hjerneskade</i> og i forhold til <i>hele rehabiliteringsforløbet</i>.</li> <li>2. En database jf. ovenstående, kan med fordel omfatte de diagnosegrupper, der er defineret som <i>erhvervet hjerneskade</i> under Sundhedsstyrelsen (SST). Vi bør i forhold til hjerneskaderehabilitering fokusere på kompleksiteten samt funktionstab og funktionsevnedensættelser. Herunder livskvalitet og arbejdsevne, som udgør de største samfundsudfordringer.</li> </ol> <p>Selvfølgelig kan årsagen til skaden ikke ses bort fra, men overordnet er der mangelfuld forståelse af netop patomekanismens sammenhæng med forløb for hjerneskaderehabilitering og "recovery" (inkl. prognose, modtagelighed overfor visse typer og intensiteter af træning etc.) indenfor de fleste diagnoser. En systematisk og korrekt dataindsamling er den forbindelse helt essentiel for</p> |

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | <p>at kunne skabe forskningsresultater af høj kvalitet og evidens men også den nødvendige bevågenhed, politisk såvel som i befolkningen.</p> <p>3. Med SST's publikation i 2020 om de opdaterede "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" fik vi en klar faglig enighed om, hvad der udgør god kvalitet.</p> <p>Publikationen udgjorde en tilkendegivelse af og et ønske om en faglig standard, men desværre uden konkrete krav. Med en database vil vi være et skridt nærmere at kunne dokumentere en kvalitet eller en mangel på samme og således sikre et standardniveau af tilbud på landsplan.</p> <p>For institutioner, der varetager genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau, er der ydermere forskningsforpligtelse<sup>1</sup>, og en database om rehabilitering ved hjerneskade vil i denne forbindelse give den nødvendige infrastruktur til at understøtte en systematisk indsamling af data for patienter i Danmark på tværs af sektorer.</p> <p>6. For såvel de lette som komplekse forløb med behov for neurorehabilitering er der behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der er behov for en database, der indsamler data fra alle fire faser af rehabiliteringen.</p> <p>En neurorehabiliteringsdatabase for den samlede patientgruppe med erhvervet hjerneskade vil have relevans ifh.t. faktorerne 4, 5, 7 og 8. Detaljerne må håndteres ved en fremtidig ansøgning.</p> |
| <b>Evt. øvrige input</b> | <i>Frit tekst</i>  |
| <b>Bilag</b>             |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |   |
|---|---|
| Forum: Vurderingsgruppen  | Vurdering   |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  |   |
| <b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i>  |
| <b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i>   |
| <b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.   | <i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i> |

**Evt. øvrige input***Frit tekst*

*Forslag om database for postcommotionelt syndrom.*

*Forslaget er fremsat af Overlæge og Risikomanager Mark Krasnik (Rigshospitalet).*

*Hjerneskededatabasen er blevet nedlagt. Det er kun RH og Århus der deltager i denne database der af RKKP ikke helt ved siden af betragtes som en rehabiliteringsdatabase. Nedlæggelsen af hjerneske database medførte på Rigshospitalet overvejelser om hvordan databasen kunne videreføres i en udvidet form således at det ikke kun var 2 centre der deltog. I den forbindelse kom vi ind på end anden form for hjerneske nemlig postcommotionelt syndrom, der er en ubehagelig til tider invaliderende lidelse hvor der ikke altid er enighed om behandlingen.*

*En søgning i SP for Regionh og Region Sj sidste år viste at der er tale om over 15000 med diagnosen commotio og for postcommotionelt syndrom er antallet lige under 300. Så det er ikke et lille problem, og vi ved ikke ret meget om disse patienter og behandlingstilbuddene.*

*Jeg har talt med Jens Winther og han er af den opfattelse at der må være et behov for at registrere hjerneske patienter, men han mener at initiativet skal placeres i et fagligt selskab.*

*Jeg har også haft kontakt med Benn Duus ortopædkirurg og tidligere lægelig direktør i TRYG. Han har selv tidligere forsket i hovedtraumer og han er også af den opfattelse at her er et uopdyrket område.*

*Chef neurologen på Rigshospitalet giver udtryk for at det ville være godt om vi havde mere viden på dette område og at en database kunne godt være grundlaget for dette.*

*Det bliver ikke en nem opgave da:*

- *mange pt. med lettere hovedtraumer bliver kun set af egen læge – her af en del med længerevarende og funktionsreducerende symptomer*
- *langt de fleste pt. med hovedtraume og hospitalskontakt, bliver kun set i skadestuer/akutklinikker/akutmodtagelser og udskrevet efter evt. skanning og kort observation til opfølgning hos egen læge*
- *langt hovedparten af pt. med følger efter commotio håndteres af egen læge, og evt. privatpraktiserende neurologer*
- *de neurologiske afd. ser kun ganske få pt. med postcommotionelt syndrom*
- *de fleste pt. med sværere postcommotionelt syndrom har forløb udenfor hospitalssystemet, fx div rehab. tilbud (center for hjerneske, bomi, kommunale tilbud, fys mmm)*

*Der er selvfølgelig pt. med svære traumatiske hjerneske som har længere indlæggelsesforløb, men det var nok den gruppe, der indgik i den netop nedlagte hjerneskededatabase.*

*Så hvis der skulle være en database på dette område skulle det være en tværsektoriel og tværfaglig database. Problemet er at der ikke er en oplagt "ejer".*



|              |   |
|--------------|---|
|              | <i>Det burde dog ikke være en hindring at skabe et ejerskab</i> |
| <b>Bilag</b> |   |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>   |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | <b>Cheflæge Flemming Hald, Hjertemedicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt.</b>  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <p><i>Anerkender at de opstillede otte faktorer bør være opfyldte, men der mangler den væsentligste faktor: Indhentning af data på indikatorerne skal kunne foregå ved datafangst.</i></p> <p>Det er forhåbentlig fordi det er en givet sag...</p>   |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i></p>   |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <p><i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i></p>   |
| <b>Evt. øvrige input</b>  | <p>Det er kun venøs tromboemboli, der vedrører kardiologien. Hvis der er regionale forskelle i udredning, behandling, behandlingsvarighed, og opfølgning, så kunne det være relevant at monitorere indsatsen nationalt, sætte standarder og give mulighed for at se på hyppigheden af recidiv.</p> <p><i>Men inden for kardiologien kan vi ikke afse ressourcer til flere databaser der ikke fuldt ud anvender datafangst. Tror det gælder for hele sundhedsvæsenet selvom den faglige interesse bestemt er der.</i></p> |
| <b>Bilag</b>  |  |

| <b>RKKP-2023-prioritering.</b> Åben mailhøring, frist 2. november kl. 10.00<br><a href="#">Se mere information</a>  |  |
|---|--|
| <i>Forum: Vurderingsgruppen</i>   | <i>Vurdering</i>   |
| <b>Skemaet er udfyldt af</b>  | Jeanett Bauer, stabslæge, Kvalitets- og forbedringafdelingen, Region Hovedstadens psykiatri  |
| <p><b>Otte faktorer anvendt i vurdering</b><br/>Vurderingsgruppen anbefaler, at prioritering af områderne sker med udgangspunkt i en vægtning af de følgende otte faktorer. I forbindelse med regulær ansøgning suppleres med stillingtagen til patientinddragelse</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opbakning fra fagligt selskab</li> <li>2. Mulighed for kvalitetsudvikling/ulighed i behandlingen</li> <li>3. Klar faglig enighed om hvad der udgør god kvalitet – evt. demonstreret via tilstedeværelse af nationale kliniske retningslinjer</li> <li>4. Mulighed for at afgrænse population/sikre valide data</li> <li>5. Alvorlighed/påvirket arbejdsevne</li> <li>6. Tværfaglighed/tværasektorialitet/komplekse forløb</li> <li>7. Volumen</li> <li>8. Dækning af specialet/området med database</li> </ol> | <i>Angiv, hvis der er forslag til ændringer til operationaliseringen af de otte faktorer</i>   |
| <p><b>Fem områder indstilles til egentlig ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen peger på flg. områder til ansøgning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk leversygdom</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Bipolar lidelse</li> <li>• Dobbelt-diagnoser – psykiatri &amp; rusmiddelproblemer</li> <li>• Venøs tromboemboli</li> </ul>   | <p><i>Angiv hvis du vurderer, at der IKKE skal peges på en/flere af de fem (argumentation gerne i relation til de otte faktorer)</i><br/>Der er to relevante psykiatriske områder med i opløbet. Det vurderes hensigtsmæssigt, at man i første omgang går videre med dobbelt-diagnoseområdet, som allerede har været i fokus på en workshop med deltagelse af DR og RKKP i oktober 2022.<br/>Bipolar lidelse er et andet oplagt område for en psykiatrisk database, som bør prioriteres i de kommende år.</p>  |
| <p><b>28 områder ikke indstillet til ansøgning</b><br/>Vurderingsgruppen anerkender at der kan etableres meningsfulde databaser på flere af de 28 områder og indstiller ikke til ansøgning, pga. presset på puljen.</p>   | <i>Angiv, hvis du har supplerende oplysninger til området, som kan kvalificere bestyrelsens beslutningsgrundlag. Der må gerne argumenteres ift. de otte faktorer/evt. øvrige særlige hensyn</i>  |
| <b>Evt. øvrige input</b>  | <p><i>Frit tekst</i></p> <p>På baggrund af drøftelser gennem en årrække mellem sundhedsdirektører, psykiatridirektører og lægefaglige direktører, er der igangsat et tværregionalt projekt om kvalitetsløft i psykiatrien. Projektet er inspireret af kræftområdets DMCG-er og der vil i første omgang etableres tilsvarende psykiatrigrupper på de områder, hvor der eksisterer psykiatriske kvalitetsdatabaser (ADHD, skizofreni, depression). Ønsket er fremadrettet at etablere psykiatrigrupper på flere områder, og helst i sammenhæng med udvikling af korresponderende kvalitetsdatabaser. Det vil være ret oplagt at pege på bipolar sygdom som det næste område.</p> |
| <b>Bilag</b>  |  |