



Dansk Diabetes Database

Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD)
- almen praksis

National årsrapport 2019/2020

1. juli 2019 – 30. juni 2020

**Endelig version
December 2020**

Hvorfra udgår rapporten

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N. RKKP Videncenter og styregruppen for databasen har skrevet rapportens kommentarer. Styregruppen har skrevet diskussionen og vurderingerne.

Henvendelse vedr. rapporten til:

Kvalitetskonsulent Lisbet Greve
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Aarhus N
Telefon: (+45) 21686988
E-mail: ligrev@rkkp.dk
Web-adresse: www.rkkp.dk

Indholdsfortegnelse

KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	2
FÆLLESINDIKATORER	8
OVERSIGT OVER FÆLLESINDIKATORER I ÅRSRAPPORTEN	8
INDIKATOROMRÅDE 1F: METABOLISK ELLER GLYKÆMISK REGULERING	9
INDIKATOROMRÅDE 2F: HYPERTENSION	11
INDIKATOROMRÅDE 3F: ALBUMINURI	12
INDIKATOROMRÅDE 4F: RESULTAT AF ØJENUNDERSØGELSE	13
INDIKATOROMRÅDE 5F: FODUNDERSØGELSE.....	14
INDIKATORER FOR DANSK VOKSEN DIABETES DATABASE.....	15
OVERSIGT OVER INDIKATORER FOR DANSK VOKSEN DIABETES DATABASE I ÅRSRAPPORTEN	15
INDIKATOROMRÅDE 1V: METABOLISK ELLER GLYKÆMISK REGULERING	16
INDIKATOREN ER PRIMÆRT RELEVANT FOR ALMEN PRAKSIS, MEN SOM ANFØRT VANSKELIG AT VURDERE I ÅR. 	16
INDIKATOROMRÅDE 2V: HYPERTENSION	17
INDIKATOROMRÅDE 3V: LIPIDER	18
INDIKATOROMRÅDE 4V: ALBUMINURI.....	19
INDIKATOROMRÅDE 5V: RYGNING	20
BESKRIVELSE AF SYGDOMSOMRÅDET OG MÅLING AF BEHANDLINGSKVALITET	21
DATAGRUNDLAG	22
STYREGRUPPERNES MEDLEMMER.....	23
STYREGRUPPEN FOR DANSK VOKSEN DIABETES DATABASE:	23
LÆSEVEJLEDNING.....	24
REGIONALE KOMMENTARER.....	25

Dette er den 8. årsrapport for Dansk Diabetes Database. Dansk Diabetes Database er en fællesdatabase indeholdende tre selvstændige databaser. Databasens overordnede formål er at udvikle, monitorere og give et samlet billede af kvaliteten af diabetesbehandling i Danmark.

Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD) registrerer kvaliteten af behandling og kontrol af voksne diabetespatienter både i hospitalssektoren, men også i almen praksis.

Denne årsrapport for Dansk Diabetes Database indeholder resultater kun fra almen praksis. Rapporten vedrører perioden: 1. juli 2019 – 30. juni 2020.

83% af praksis har indberettet én eller flere gange.

Årsrapporten indeholder indikatorværdier for indikatorer for hele landet, for praksis i de fem regioner.

Målet med årsrapporten er at belyse:

- Om kvaliteten af behandling og kontrol af patienter med diabetes i Danmark opfylder de fastlagte standarder.
- Om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingen mellem regioner og inden for regionen.
- Om udviklingen af målopfyldelsen for behandlingen er forbedret over tid.

National klinisk audit blev afholdt d. 28. oktober 2020 med deltagelse fra de tre databasers styregrupper. Ved audit drøftedes resultaterne og "diskussion og implikationer" og "vurdering af indikatoren" er udarbejdet på basis af disse drøftelser.

I den endelige rapport er tællere eller nævnere som er "1" eller "2" satt som #.

For en uddybende beskrivelse af diabetes samt evidensgrundlaget for databasernes indikatorer henvises til de enkelte databasers hjemmesider, som kan tilgås via dette link: <http://www.rkkp.dk/databaser/>



Konklusioner og anbefalinger

Konklusion

I årets rapport, er det glædeligt at vi igen har rapportering på behandling af patienter med diabetes fra primær sektoren. Denne rapport undersøger kvalitet af behandling hos ca. 60 000 voksne med diabetes i almen praksis, ca. 50 000 voksne med diabetes i diabetesambulatorierne, ca. 2500 børn med diabetes i ambulatorierne og ca. 100 000 borgere screenet for diabetisk maculopati og retinopati. De nye tal giver indblik i kvalitet i diabetesbehandlingen i primær- og sekundærsektoren og hos speciallægepraksis for øjenlæger.

Overordnet er diabetesbehandlingen for voksne patienter med diabetes god. Ikke alle standarder overholdes; de fleste indikatorer er overholdt på landsplan men med nogen intraregional variation. Generelt er der sat ambitiøse mål, hvilket er vigtigt og ser man på niveau af blodglukose, blodtryk, kolesterol er det generelt rimelig godt. Det kan være svært at sammenligne med tidligere, da datagrundlaget er ændret betydeligt, fordi vi igen har komplette data fra Sundhedsplatformen der dækker Region Hovedstaden og Region Sjælland. I de sidste 3 måneder af opgørelsesperioden, er mange konsultationer afholdt virtuelt i stedet for fysisk på grund af Covid-19, hvilket kan påvirke indikatorer som HbA1c, blodtryksmåling, urin albumin, og fod- og øjenundersøgelser. Selvom der er kommet data fra primærsektoren, er der fortsat mange tekniske problemer, blandt andet med medicinopgørelser, så ikke alle indikatorer er opgjort i primærsektoren. Der bør dog være ekstra fokus på at undersøge fødder, da flere regioner er langt fra målet. Det må forventes at standarderne ikke kan overholdes ved virtuelle konsultationer, men der er stor regional forskel som kunne tyde på, at det ikke er hele forklaringen.

Data fra almen praksis er ikke komplet, men rapporten indeholder data fra 83% af alle almen praksis yderrn., trods der i indberetningsperioden fortsat har været IT udfordringer. Databasekomplethed for sekundærsektoren kan ikke vurderes på grund af problemer med LPR3, men det er ingen tvivl om at vi er på rette vej, da vi igen havde komplette data fra Sundhedsplatformen.

Der opfordres til, at resultaterne, præsenteret i denne rapport, nu gennemgås ved regionale og lokale audits, hvor både ambulatorier og almen praksis deltager. I auditprocessen bør der fokuseres på de mulige organisatoriske, strukturelle og bemandingsmæssige forklaringer på såvel intraregional variation som ændringer i målopfyldelse over tid. Der bør fokuseres på, hvorledes der inden for regionen kan skabes rum og kultur, der sikrer, at der drages læring af variationen i behandlingsresultaterne. Patientens tarv bør være den styrende faktor.

Indberetninger

Indberetningsperioden for årsrapporten for sidste periode (2018/19) er ændret i forhold til tidligere år, hvilket har betydning for sammenligninger mellem år, det skal derfor bemærkes, at alle data for tidligere år er genberegnet for tilsvarende perioder fra de foregående år.

I denne opgørelsesperiode indgår der i Dansk Voksen Diabetes Database 50.419 patienter fra diabetesambulatorierne (30.124 i sidste periode hvor der manglede en del data fra Sundhedsplatformen fra Region Sjælland og Hovedstaden). For hospitalssektoren har manglende indberetning fra Sundhedsplatformen været en udfordring siden Sundhedsplatformen blev taget i brug. Det er positivt, at der er genetableret indberetning, der er dog stadig enkelte variable hvor indberetningerne synes



mangelfulde og der arbejdes på at løse dette. Der blev i 2018 etableret dataindberetning fra de patientadministrative systemer i almen praksis og der er opnået indberetning fra næsten 83% af alle ydernumre i almen praksis. Der er data på 63.685 personer med diabetes behandlet i primærsektoren (0 i sidste periode). Data er valideret og godkendt for mange men ikke alle indikatorer, særligt har der været IT tekniske udfordringer med medicinindberetning, så en del indikatorer og data indgår ikke i år., Det er meget positivt at der er genetableret indberetning fra almen praksis og fra alle ambulatorier. Der er således nu data på over 110.000 voksne med diabetes, hvilket er en stor fremgang fra tidligere, dog mangler der fortsat omkring 140.000 personer især fra primærsektoren. Dette skyldes formentlig opstartsproblemer med indberetningen, som der arbejdes på at løse.

Databasekompletheden

På grund af problemer med indberetning efter overgang til LPR3 kan datakompletheden for sekundærsektoren ikke vurderes, hvilket er et problem. For voksendatabasen er databasekompletheden forbedret væsentligt med komplet indberetning fra Sundhedsplatformen, og påbegyndt indberetning fra primærsektoren, men der mangler som anført cirka 55% overvejende fra almen praksis. Der gøres fortsat, i mange regioner, et stort arbejde med at validere databasekomplethedsopgørelserne samt kontrollere data og dermed hjælpe til at øge både database- og datakomplethed og dermed datakvaliteten.

Fremadrettet er det afgørende, at alle systemer bliver i stand til at indberette komplette data til DVDD.

For alle tre databaser gælder det, at der stadig er tekniske problemer med dataoverførsel, selvom tættere opfølgning har reduceret dette i forhold til tidligere. Dette medfører problemer med uoplyste variable og manglende indberetning. Et eksempel er problemer med tekstsvar for urin albumin undersøgelser, der ikke kan tolkes, selvom det synes at være et mindre problem end tidligere. For at fokus kan rettes mod behandlingskvalitet, er det helt afgørende, at et dækkende og validt datagrundlag er til stede. Der skal derfor fortsat fokuseres på at optimere dette fremadrettet ved dialog mellem indberettende, modtagende og analyserende led i datakæden.

Man skal igen i år være opmærksom på at nyhenviste (men ikke nydiagnosticerede) patienter er inkluderet i rapporten, hvilket kan give lidt lavere målopfyldelse end tidligere, men et mere komplet billede af hele diabetespopulationen.

Selvom der er fælles standarder for dataindsamling og indberetning, medfører lokale forskelle i systemer og registreringspraksis stadig, at det kan være svært at sammenligne data mellem enheder. Der bør på sigt arbejdes på nationale fremfor regionale systemer til afrapportering fra diabetesdatabasen, for at sikre tvær-regionalt samarbejde om optimering og brug af feedback systemer vedr. datakomplethed og screening. Det er for omkostningstungt at have 5 forskellige systemer i sekundærsektoren (ledelses og informations systemer(LIS)) til tilbagerapportering, og det forhindrer samarbejde omkring brug af netop LIS systemerne til sikring af datakomplethed

Kvaliteten af behandling og kontrol

Til belysning af kontrol og behandlingskvalitet for de tre diabetesdatabaser er der udviklet 5 fælles procesindikatorer (f-indikatorer) baseret på tidligere procesindikatorer i voksendatabasen. Derudover afrapporteres vanlige indikatorer for de tre databaser med henholdsvis v-, BU- og DB-indikatorbetegnelser.

Kontrol og behandlingskvaliteten belyses primært på basis af procesindikatorer, der relaterer sig til undersøgelse af patienter med diabetes, og en resultatindikator for middelblodglukose (HbA1c). Der er en indikator for andelen af patienter, der får foretaget øjenundersøgelse indenfor den planlagte tidsramme,



fremfor at anvende en fælles tidsramme for alle patienter. Der afrapporteres, som supplerende opgørelser, f.eks. detaljerede informationer om fordelingen af blodtryk, lipider og blodglukose. Endelig er behandlingskvaliteten belyst gennem indikatorer for behandlingsintensitet overfor udvalgte undergrupper med begyndende sendiabetiske komplikationer eller med dårligt reguleret diabetes. Dertil er der en række indikatorer, der belyser forekomsten af komplikationer.

Der er i igen i år flere indikatorer, hvor der er konstateret klinisk betydningsfulde forskelle i behandlingskvaliteten, når man sammenligner regionerne. Det er dog svært at sammenligne med tidligere på grund af den store ændring i datagrundlag. Dertil er det sandsynligt at manglende konsultationer, eller fysiske konsultationer erstattet af virtuelle konsultationer på grund af Covid-19 har medført manglende undersøgelser. Det er en forklaring, men ændrer ikke ved at det potentielt medfører dårligere kvalitet i behandlingen. Det må overvejes at arbejde med at udvikle de virtuelle konsultationer så de suppleres med video, hjemmeblodtryk og således optimeres. På sigt kan glykæmisk kontrol måske vurderes på baggrund af download fra sensorer og blodsukker apparater.

For indikatorerne for medicinsk behandling er det vigtigt at understrege, at kvalitet i behandling kan opgøres på forskellig måde. I år opgøres for blodtryk og lipider hvor mange der er i mål med behandlingen i modsætning til tidligere hvor indikatorerne målte hvor mange patienter over en given værdi som var ubehandlede. De gamle indikatorer opgives som supplerende information. For albuminuri måles stadig hvor mange med forhøjet albuminuri, som ikke er sat i behandling.

I forhold til standarden for middelblodglukose (HbA1c) hos patienterne (1f) er det vigtigt at være opmærksom på, at der i behandlingsvejledningerne i dag anbefales individuelt fastsatte mål. Generelt er målet, at patientens blodsukker regulation er så tæt på 48 mmol/mol som muligt samtidigt med, at man ønsker at undgå episoder med akut for lave blodsukkerværdier (insulin tilfælde). I ambulatorier, der ser patienter med type 2 diabetes, skal man være opmærksom på, at de patienter der har opnået god metabolisk kontrol typisk afsluttes til forløb i almen praksis, mens de dårligt regulerede i almen praksis henvises til specialistbehandling i ambulatoriet. Derfor er det vigtigt at se på en regions samlede diabetes populations niveau for middelblodglukose og ikke isoleret på ambulatorie henholdsvis praksis. Eventuelt bør det fremover opgøres for et hospital med tilhørende cluster af praksis.

Generelt er der et højt niveau i diabetesbehandlingen af børn og unge i Danmark. Antallet, der når behandlingsmålet, er inden for standarden og en betydelig forbedring i forhold til for tre år siden, hvor kun omkring 30% nåede behandlingsmålet. Der er få med akutte komplikationer og næsten ingen med senkomplikationer i form af retinopati, mikroalbuminuri og neuropati hvilket er overordentlig positivt. Der er dog nogen variation både imellem regionerne og mellem de enkelte afdelinger med hensyn til den metaboliske kontrol som tegn på, at der er plads til forbedring. Der arbejdes på at lære fra dem, som har succes. Målet er, at der er et ensartet tilbud om behandling og ensartede resultater.

Samlet for regionerne kan det konstateres at:

- Der er nu data fra alle ambulatorie systemer, indberetning fra 83% af alle praksis og dermed et løft i dækningen.
- Datakomplethed for sekundærsektoren kan ikke vurderes på grund af problemer med LPR3, hvilket er utilfredsstillende.



- I sekundærsektoren opnås behandlingsmålene for blodglukose ikke i alle regioner. Andelen af type 2 patienter med HbA1c over 70 mmol/l er samlet på 27 %. Som anført kan det afspejle, at de dårligste patienter ses i ambulatorierne snarere end dårlig kvalitet og kan være udtryk for god visitation. For type 1 patienter er det 25%, men med betydelig regional variation. Det er vigtigt at være opmærksom på den samlede regionale fordeling og udvikling i den enkelte enhed over tid. Blodtryk og kolesterol undersøges ikke helt tilfredsstillende, da de fleste indikatorer ikke er opfyldt, men Covid-19 kan være bidragene til dette. Der er for alle indikatorerne mindre variation inden for regionen.
- For primærsektoren opnås behandlingsmålene for blodglukose i alle regioner. Andelen af type 2 patienter med HbA1c under 59 mmol/l er samlet på 80 %, mens kun 8% har en HbA1c over 70 mmol/mol. Blodtryk og undersøgelse for mikroalbuminuri er ikke helt tilfredsstillende da ingen indikatorer er opfyldt, selvom de fleste regioner klare sig pænt.
- For børne-unge-databasen er HbA1c standarderne opfyldt for alle regioner, med nogen variation indenfor regioner. Det formodes at de lokale målinger af HbA1c lever op til IFCC standarden.
- Forekomsten af akutte og senkomplikationer er meget lav i børne-unge databasen, hvilket er meget positivt, og monitoreringen af senkomplikationer er dækkende.
- Andelen af patienter, der undersøges for diabetisk nyresygdom, opfylder samlet ikke de nationale standarder hverken i ambulatorier eller primærsektor. Der har dog været nogle problemer med svartolkning ved overførsel til RKKP og der arbejdes på at løse dette, og dertil har problemer med Covid-19 og aflysning af fremmøde betydning.
- For undersøgelse for diabetesrelaterede fodproblemer er standarden ikke opfyldt i nogen regioner. Det er, som for undersøgelsen for nyrekomplikationer, påvirket af inkomplette data og kodningsproblemer, og også her vil Covid-19 have betydning.
- Standarden for andelen af patienter, hvor behandleren kender svaret på øjenundersøgelsen i hospitalsregi er forbedret men med variation, også her vil Covid-19 have betydning.

For de indikatorer der knytter sig til den medicinske behandling og forekomst af komplikationer afrapporteres data, men der er endnu ikke fastlagt standarder for alle, idet indikatorerne dels er meget afhængige af, hvorledes patientpopulationen i det enkelte ambulatorium og region er sammensat, dels er vanskelige at fastsætte overhovedet. Der er ikke internationale standarder for indikatorerne, kun behandlingsmål, der repræsenterer ideelle behandlingsmål og ikke resultater, der vil være opnåelige for den samlede patientpopulation. På sigt er målet at fastsætte standarder som reflekterer ”best practice”.

For indikatorerne for opstart af behandling er det vigtigt at erindre, at ikke alle tåler eller ønsker en behandling og standarden er derfor ikke sat til 100%. Det er også vigtigt, at andelen af velbehandlede patienter kan være høj, selvom andelen med forhøjede værdier, der ikke er i behandling, kan være lav. Således er der 80% af type 1 diabetes patienter med blodtryk under 140/90 mmHg og standarden er opfyldt, men den supplerende tabel viser at 33% med type 1 diabetes og blodtryk over denne grænse ikke er sat i behandling, hvorimod kun 20% med type 2 ikke er sat i behandling.

Sammenfattende kan det konstateres at:

Data er væsentligt forbedret med data fra alle ambulatoriesystemer og en betydelig datamængde fra primærsektoren. Der er stadig et stykke vej til tilfredsstillende dækning men vi synes godt på vej.:



- Der er tegn på regional variation, men det kan skyldes IT problemer og nye systemer, eller forskel i kvaliteten af behandlingen.
- Der er betydelig intraregional variationer, der næppe skyldes IT problemer.
- I en betydelig del (1/4) af årsrapportens indberetningsperiode har mange konsultationer været omlagt eller udsat på grund af Covid-19 med mulig betydning for behandlingskvaliteten.

Nye indikatorer for patient rapporterede oplysninger

Der er nedsat en national arbejdsgruppe der arbejder med PRO data (patient rapporterede oplysninger) inden for diabetesområdet under Sundhedsstyrelsens PRO sekretariat. De har været i pilotfase og resultaterne forventes klar Q1 2021. Når indikatorer er endeligt fastlagt, vil de blive inkluderet i diabetesdatabasen. Data indsamles primært med henblik på at optimere behandlingsforløb og i mindre grad med henblik på kvalitetsindikatorer.

Deling af data

Diabetesbehandling foregår mange steder, almen praksis, hospitalsambulatorier, øjenklinikker, hos fodterapeuter med mere. For at sikre en optimal behandling er deling af undersøgelsesresultater af stor vigtighed. Som eksempel kan øjenundersøgelses resultat influere på den anbefalede behandlingen af, og øjenundersøgelsesernes interval afhænger af de kliniske resultater for kontrol af blodsukker og blodtryk. Det ville også være nyttigt, hvis data kunne deles med fodterapeuterne. Det er derfor et stort og stadig uløst strukturelt problem, at disse data i dag ikke deles i tilstrækkeligt omfang og løsninger på dette område er påkrævede. Ud over en potentielt dårligere behandling medfører de manglende data betydelig overbehandling eller unødvendige undersøgelser. Da deling af data i langt de fleste tilfælde understøtter højere kvalitet i behandlingen, bør der på sigt udvikles systemer, der sikrer, at patienterne regelmæssigt giver deres samtykke til deling af data mellem behandlerne. Alternativt, at der opbygges en fælles database som understøtter både klinikken, og er en kvalitetsdatabase.

Regionale audits

Der opfordres til, at resultaterne, præsenteret i denne rapport, nu gennemgås ved regionale og lokale audits, hvor både ambulatorier og almen praksis deltager. I auditprocessen bør der fokuseres på de mulige organisatoriske, strukturelle og bemandingsmæssige forklaringer på såvel intraregional variation som ændringer i målopfyldelse over tid. Der bør fokuseres på, hvorledes der indenfor regionen kan skabes rum og kultur, der sikrer, at der drages læring af variationen i behandlingsresultaterne. Det er afgørende for afdelingernes mulighed for at lære, at de har adgang til lister over de patienter, som ikke opfylder standarden, så de kan identificere fx logistiske eller uhensigtsmæssige arbejdsgange lokalt, som forhindrer optimale resultater. I alle regioner er der gode eksempler at lære fra. Der skal desuden fokuseres på at sikre levering af korrekte data, samt procedurer til at sikre, at data er modtaget korrekt, således at de datatekniske problemer undgås.

Nyt Dansk Diabetes Register

Som det fremgår, er der trods forbedringer, stadig problemer med indberetning af data fra de forskellige datakilder, og dertil kommer at der i den aktuelle database ikke er opgørelse af alle patient relevante resultater i form af udvikling af komplikationer som hjertesygdom, slagtilfælde, amputationer. Der er derfor igangsat et arbejde, der skal udvikle databaserne og supplere de aktuelle datakilder med alternativer for at øge mængden af relevante data uden ekstra arbejde for klinikerne, sikre bedre dækningsgrad og



robusthed, samt mulighed for flere resultatdata. Desuden også gerne på sigt med indhentning af data fra den kommunale rehabilitering.

For Dansk Voksen Diabetes Database

Peter Rossing, Forskningsleder, professor, dr.med.

Annesofie Lunde Jensen, klinisk sygeplejespecialist, MMA, Post.doc. .

Jette Kolding, Praktiserende læge, professor ph.d.

For Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes (DanDiabKids)

Jannet Svensson, overlæge, ph.d. (formand DSBD) på vegne af DSBD og DanDiabKids

For Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for screening af diabetisk retinopati og maculopati (DiaBasen)

Nis Andersen, speciallæge ph.d.



Fællesindikatorer

Oversigt over fællesindikatorer i årsrapporten

Indikatorområde	Indikator	Standard
Metabolisk eller glykæmisk regulering	1f. Andelen af patienter med diabetes, der har en HbA1c på \leq 59 mmol/mol	Voksne: Mindst 40% Børn og Unge: Mindst 40%
	1fII. Andelen af patienter med diabetes, der har en HbA1c på \geq 70 mmol/mol	Voksne: Højst 25% Børn og Unge: Højst 20%
Hypertension	2f. Andelen af diabetespatienter, som mindst én gang om året har fået målt blodtryk	Voksne: Mindst 95% Børn og Unge: Mindst 95%
Albuminuri	3f. Andelen af diabetespatienter, som er blevet undersøgt for albuminuri efter gældende retningslinje (voksen: mindst hvert 2. år, Børn og Unge: indenfor 3 år før det fyldte 14. og 17. år)	Voksne: Mindst 95% Børn og unge: Mindst 95%
Komplikations-screening: Øjenundersøgelse	4f. Andelen af diabetespatienter, som har fået foretaget øjenundersøgelse efter gældende retningslinje (voksne: mindst hvert 4. år; Børn og Unge: indenfor 3 år før det fyldte 14. og 17. år)	Voksne: Mindst 90% Børn og Unge: Mindst 80%
Komplikations-screening: Fodundersøgelse	5f. Andelen af diabetespatienter, som har fået foretaget fodundersøgelse efter gældende retningslinje (Voksne: mindst hvert 2. år; Børn og Unge: indenfor 3 år før det fyldte 14. og 17. år)	Voksne: Mindst 95% Børn og Unge: Mindst 95%

Indikatorområde 1f: Metabolisk eller glykæmisk regulering

Indikator 1f1. Andelen af patienter med diabetes, der har en HbA1c på ≤ 59 mmol/mol
Standard: Mindst 40%

Voksne, almen praksis

	Std. >40% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	46181 / 58035	293 (1)	80	(79-80)		
Hovedstaden	ja	11375 / 14271	153 (1)	80	(79-80)		
Sjælland	ja	7281 / 9044	2 (0)	81	(80-81)		
Syddanmark	ja	11045 / 13847	34 (0)	80	(79-80)		
Midtjylland	ja	11338 / 14275	103 (1)	79	(79-80)		
Nordjylland	ja	5142 / 6598	1 (0)	78	(77-79)		

Beregningsregler

Voksne:

Tæller: alle patientforløb i nævner, hvor HbA1c er under eller lig 59 mmol/mol

Nævner: alle patientforløb, hvor der foreligger et resultat af HbA1c og hvor "Tidspunkt for senest udførte måling" højst ligger et år før eller på statusdatoen.

Uoplyste: patientforløb hvor der er en dato for HbA1c måling, men hvor der ikke foreligger et resultat.

Irrelevante patientforløb (ekskluderet fra beregningerne): Nydiagnosticerede patienter.

Resultater

Voksne:

Dette år måler vi på over 22 000 patienter med type 1 diabetes og 25 000 med type 2 diabetes i diabetesambulatorierne og 58 000 patienter med primært type 2 diabetes i praksis.

I almen praksis er det 80% af alle 58 000 patienter med diabetes, der har en HbA1c under eller lig 59 mmol/mol. Der er minimal regional variation – varierende fra 78% i Region Nord til 81% i Region Sjælland.

Diskussion og Implikationer

DVDD:

For ambulatorierne er resultatet tilfredsstillende for både type 1 og type 2, men dog med nogen variation og Nord opfylder fortsat ikke standarden som eneste region. Ved audit blev det diskuteret at der nu arbejdes målrettet på at forbedre resultaterne i Nord.

For almen praksis er standarden opfyldt i alle regioner.

Vurdering af indikatoren

Det er vigtigt at være opmærksom på, at for type 2 diabetes visiteres personer med diabetes så de komplicerede går i sekundærsektoren, men lokale forskelle kan påvirke fordelingen og derfor vigtigt på sigt at se på niveauet i en region samlet, og man kan overveje om standarderne skal være ens for sektorerne. Da flere andre databaser anvender en anden grænse (53 mmol/mol) vil vi stile mod denne fremover for sammenligneligheden i NDDR.



Indikator 1fII. Andelen af patienter med diabetes, der har en HbA1c på ≥ 70 mmol/mol Standard: Højst 25 %

Voksne, almen praksis

	Std. <25% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	4925 / 58035	293 (1)	8	(8-9)		
Hovedstaden	ja	1198 / 14271	153 (1)	8	(8-9)		
Sjælland	ja	706 / 9044	2 (0)	8	(7-8)		
Syddanmark	ja	1157 / 13847	34 (0)	8	(8-9)		
Midtjylland	ja	1213 / 14275	103 (1)	8	(8-9)		
Nordjylland	ja	651 / 6598	1 (0)	10	(9-11)		

Beregningsregler

Indikator 1fII er ændret til at se på HbA1c over eller lig 70 mmol/mol dette år (sidste år over eller lig 75 mmol/mol)

Voksne:

Tæller: alle patientforløb i nævner, hvor HbA1c er over eller lig 70 mmol/mol

Nævner: alle patientforløb, hvor der foreligger et resultat af HbA1c og hvor "Tidspunkt for senest udførte måling" højst ligger et år før statusdatoen.

Uoplyste: Alle patientforløb hvor der er en dato for HbA1c måling, men hvor der ikke foreligger et resultat.

Ekskluderet fra beregningerne: **Nydiagnosticerede patienter.**

Resultat

For patienter i almen praksis har 8% en HbA1c over 70 mmol/mol. Der er minimal regional variation fra 8% i 4 regioner til 10% i Region Nordjylland.

Diskussion og Implikationer

For almen praksis er standarden opfyldt i alle regioner uden den store variation. Det vurderes at praksis således henviser relevant til sekundærsektoren.

Vurdering af indikatoren

Ved sidste audit blev det besluttet at sænke grænsen fra 75 til 70 mmol/mol med en standard på 25%. Som anført bør man på sigt se primær og sekundær sektor i sammenhæng for type 2 diabetes.

For både 1fI og 1fII gælder at det bør være et udviklingsområde at kunne indberette individuelle mål da anbefalingerne netop er at målet for regulationen fastsættes på baggrund af en række individuelle forhold.



Indikatorområde 2f: Hypertension

Andelen af diabetespatienter, som mindst én gang om året har fået målt blodtryk
Standard: Mindst 95%

Voksne, almen praksis

	Std. >95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	55292 / 63685	0 (0)	87	(87-87)		
Hovedstaden	nej	14102 / 15896	0 (0)	89	(88-89)		
Sjælland	nej	8330 / 9686	0 (0)	86	(85-87)		
Syddanmark	nej	13154 / 15386	0 (0)	85	(85-86)		
Midtjylland	nej	13399 / 15495	0 (0)	86	(86-87)		
Nordjylland	nej	6307 / 7222	0 (0)	87	(87-88)		

Beregningsregler

Voksne:

Tæller: alle patientforløb i nævner hvor der er foretaget måling af blodtrykket og hvor "Tidspunkt for senest udførte måling" højst ligger et år før statusdatoen. Der skal foreligge et blodtryksresultat for at indgå i tælleren, ikke nok med en dato.

Nævner: alle patientforløb.

Uoplyst: ikke muligt.

Ekskluderet: Nydiagnosticerede patienter.

Resultater

For almen praksis har 87% fået målt blodtryk. Der er minimal regional variation fra 85% i Region Sjælland til 89% i Region Hovedstaden.

Diskussion og implikationer

Voksne:

For ambulatorierne ses er standarden ikke opfyldt på landsplan, og kun i én region. For almen praksis er standarden ikke opfyldt i nogen regioner. I sekundær sektor ingen fremgang, men indikatoren er formentlig påvirket af Covid-19 dvs. manglende fremmøde.

Vurdering af indikatoren

Det skal noteres, at systemhusene i primærsektoren har haft svært ved at få indberettet blodtryk korrekt.

Det er først rettet i løbet af indberetningsåret, så resultaterne skal tolkes med forbehold. Indikatoren fastholdes, men som anført vanskelig at vurdere i år



Indikatorområde 3f: Albuminuri

Andelen af diabetespatienter, som er blevet undersøgt for albuminuri efter gældende retningslinje

(Voksne: Mindst hvert 2. år. Børn og Unge: Indtil 3 år før det fyldte 14. og 17. år)

Standard: Mindst 95% (voksne)/mindst 95% (børn og unge)

Voksne, Almen praksis

	Std. >95% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	nej	50800 / 63685	0 (0)	80	(79-80)		
Hovedstaden	nej	11707 / 15896	0 (0)	74	(73-74)		
Sjælland	nej	7697 / 9686	0 (0)	79	(79-80)		
Syddanmark	nej	13422 / 15386	0 (0)	87	(87-88)		
Midtjylland	nej	13561 / 15495	0 (0)	88	(87-88)		
Nordjylland	nej	4413 / 7222	0 (0)	61	(60-62)		

Beregningsregler

Voksne:

Tæller: alle patientforløb i nævner, hvor der er undersøgt for albuminuri og hvor "Tidspunkt for senest udførte måling" højst ligger to år før statusdato. Der skal foreligge et resultat for målingen for at indgå i tælleren og således opfylde indikatoren (der ses efter brugbart resultat i alle indberettede målinger i tidsvinduet).

Nævner: alle patientforløb

Uoplyst: ikke muligt.

Ekskluderet: nydiagnosticerede patienter samt patientforløb hvor der er sat kryds i "ikke relevant".

Resultat

For almen praksis har der været udfordringer med indberetningerne, resultaterne skal tolkes med forbehold. Til trods for det har 80% fået foretaget albuminuri undersøgelse. Regionalt varierer opfyldelsesgraden fra 61% i Region Nordjylland til 88% i Region Midtjylland.

Diskussion og implikationer

DVDD:

Det er uheldigt at der fortsat er problemer med indberetning/kodning af denne indikator, og det, sammen med manglende fremmøde ved Covid-19 gør det vanskeligt at vurdere indikatoren. Den er kun opfyldt for en region i sekundærsektoren og ingen steder i primærsektoren.

Vurdering af indikatoren

Validering af indberetning af denne indikator peger på at det især er målinger, hvor laboratorie analysen har vist normale værdier der ikke bliver korrekt indberettet i IT systemerne. Hvilket er yderst uheldigt når kvaliteten af behandlingen skal vurderes. Det er en vigtig indikator, dels som risikomarkør og dels fordi ikke blot RAS blokade men også nye behandlinger retter sig mod personer med forhøjet albuminuri, og derfor vigtigt at måle.



Indikatorområde 4f: Resultat af Øjenundersøgelse

Andelen af diabetespatienter, hvor diabetes behandleren kender svaret på øjenundersøgelsen, foretaget efter gældende retningslinje (Voksne: Mindst hvert 4. år; Børn og unge: Omkring det fyldte 14. og 17. år) og det foreligger skriftlig dokumentation for resultatet af denne.

Standard: Mindst 90% (voksne)/ mindst 80% (børn og unge)

Resultater

DVDD :

Data opgøres kun for diabetes ambulatorierne dette år.

Vurdering af indikatoren

På sigt bør indikatoren dækkes i Diabasen.

Generelt ville det for denne indikator der måler om diabetesbehandleren kender svaret af øjenundersøgelsen, være en stor fordel hvis behandlende øjenlæge og diabeteslæge havde let adgang til fælles data. Tilsvarende ville det være en stor fordel at øjenlægen kender de kliniske data, da de er nødvendige for at kunne acceptere længere screeningsintervaller.



Indikatorområde 5f: Fodundersøgelse

Andelen af diabetespatienter, som har fået foretaget fodundersøgelse efter gældende retningslinje

(Voksne: Mindst hvert 2. år. Børn og Unge: Omkring det fyldte 14. og 17. år)

Standard: Mindst 95%

Resultat

Voksne

For DVDD er opgørelsen kun baseret på diabetesambulatorierne dette år.

Vurdering af indikatoren

Måler om der er lavet fodundersøgelse indenfor 2 år, men retningslinjer siger hvert år, så man kan overveje at ændre intervallet (1 år+-3mdr). Data for praksis skal etableres.



Indikatorer for Dansk Voksen Diabetes Database

Oversigt over indikatorer for Dansk Voksen Diabetes Database i årsrapporten

Indikatorområde	Indikator	Standard
Metabolisk eller glykæmisk regulering	1.v Andelen af patienter med type 2 diabetes med HbA1c ≥ 53 mmol/mol (7 %), som ikke er sat i antidiabetisk behandling	Højst 5%
Hypertension	2.va Andelen af patienter med type 1 diabetes med blodtryk $\leq 140/90$	Mindst 80%
	2.vb Andelen af patienter med type 2 diabetes med blodtryk $\leq 140/90$	Mindst 80%
Lipider	3.va Andelen af patienter med type 1 diabetes over 30 år, som mindst hvert 2. år har fået målt LDL-kolesterol	Mindst 95%
	3.vb Andelen af type 2 diabetes over 40 år med LDL-kolesterol ≤ 2.5 mmol/l	Mindst 80%
Albuminuri	4.v Andelen af patienter med 1 urin.albumin/kreatinin måling > 30 , som ikke er sat i behandling med ACE-hæmmer/ ATII-receptor antagonist	Højst 20%
Rygning	5va. Andelen af patienter med diabetes, som bliver forespurgt om og får registreret rygestatus mindst én gang om året	Mindst 90%
	5vb. Andelen af patienter med diabetes, som er rygere eller nyligt stoppet med at ryge, som opfordres til rygestop mindst én gang om året	Mindst 90%



Indikatorområde 1v: Metabolisk eller glykæmisk regulering

Andelen af patienter med type 2 diabetes med HbA1c \geq 53 mmol/mol (7%), som ikke er sat i antidiabetisk behandling

Standard: Højest 5%

Voksen, almen praksis

	Std. <5% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	Tidligere år 2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark*	nej	4916 / 23745	293 (1)	21	(20-21)		
Hovedstaden	nej	1043 / 5794	153 (3)	18	(17-19)		
Sjælland	nej	947 / 3602	2 (0)	26	(25-28)		
Syddanmark	nej	1210 / 5731	34 (1)	21	(20-22)		
Midtjylland	nej	1036 / 5813	103 (2)	18	(17-19)		
Nordjylland	nej	680 / 2805	1 (0)	24	(23-26)		

* resultaterne skal tolkes med forbehold grundet tekniske udfordringer med medicinindberetninger.

Beregningsregler

Tæller: alle patienter i nævner, hvor patienten ikke er sat i antidiabetisk behandling.

Nævner: Alle patientforløb med HbA1c \geq 53 mmol/mol (7%).

Uoplyst: Hvis der ikke er et brugbart HbA1c-resultat afreporteres patientforløbet som "uoplyst" for indikatoren.

Ekskluderet: Nydiagnosticerede patienter.

Note, dette år er alle patienter inkluderet fra almen praksis, nydiagnosticerede er ikke ekskluderet grundet udfordringer med data.

Resultater

Blandt patienter med diabetes i almen praksis, er der 23 745 med en HbA1c over 7% der ikke er sat i antidiabetisk behandling. Af disse, er 21% ikke sat i antidiabetisk behandling. Indikatoren er ikke opfyldt på landsplan (21%), eller i regionerne. Regionalt varierer indikatoropfyldelsen fra 18% i Region Hovedstaden og Region Midtjylland til 26% i Region Sjælland.

En tillægsanalyse viser stor variation fra (2,5 – 71,1 %) i andel af patienter, som ikke er antidiabetisk behandling, fra systemhus til systemhus, hvilket kan indikere tekniske udfordringer med medicinindberetninger. Dette gør, at resultaterne skal tolkes med stort forbehold.

Diskussion og implikationer

For primærsektor synes tallene for personer der ikke er sat i behandling at være høje, men som anført er der problemer med medicinindberetning, der betyder dette kan være misvisende.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er primært relevant for almen praksis, men som anført vanskelig at vurdere i år.



Indikatorområde 2v: Hypertension

Andelen af patienter med diabetes med blodtryk \leq 140/90

Standard: Mindst 80%

Almen praksis

	Std. >80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.7.19-30.6.20		Tidligere år 2018/19 2017/18	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	nej	40380 / 54530	0 (0)	74	(74-74)		
Hovedstaden	nej	10281 / 13968	0 (0)	74	(73-74)		
Sjælland	nej	6070 / 8193	0 (0)	74	(73-75)		
Syddanmark	nej	9713 / 12943	0 (0)	75	(74-76)		
Midtjylland	nej	9734 / 13203	0 (0)	74	(73-74)		
Nordjylland	nej	4582 / 6223	0 (0)	74	(73-75)		

Beregningsregler

Tæller: alle i nævneren, hvor blodtryk er \leq 140/90

Nævner: alle patientforløb

Uoplyst: Ikke muligt.

Ekskluderet: Nydiagnosticerede patienter

Denne indikator er ændret i år fra at være en supplerende indikator til at være hovedindikatoren.

Resultater

I almen praksis har 74% af patienter et blodtryk under eller lig 140/90 mmHg. Kvalitetsmålet er dermed ikke opfyldt på landsplan eller for nogen af regionerne. Det skal noteres, at systemerne haft svært ved at indberette blodtryk korrekt. Det er først korrigeret i det nye indberetningsmodul, så resultaterne skal også tolkes med forbehold.

Diskussion og implikationer

For type 2 diabetes er andelen som er i mål med blodtryk ikke på plads i nogen regioner, hverken i sekundær- eller primærsektoren. Det er ikke tilfredsstillende, men manglende fremmøde pga Covid19 kan medvirke.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er i år skiftet så det primære er resultatet og behandlingen er supplerende information. Vigtigt at der er fokus på at indberette det blodtryk der behandles efter (ex hjemmeblodtryk). Det skal noteres, at systemhusene i primærsektoren har haft svært ved at få indberettet blodtryk korrekt. Det er først rettet i løbet af indberetningsåret, så resultaterne skal tolkes med forbehold.



Indikatorområde 3v: Lipider

Indikator 3va. Andelen af patienter med diabetes over 30 år, som mindst hvert 2. år har fået målt LDL-kolesterol

Standard: Mindst 95 %

Almen praksis

	Std. >80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				1.7.19-30.6.20 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	ja	22553 / 28238	32287 (53)	80	(79-80)		
Hovedstaden	ja	7277 / 8966	6277 (41)	81	(80-82)		
Sjælland	nej	4392 / 5660	3482 (38)	78	(76-79)		
Syddanmark	nej	4041 / 5163	9410 (65)	78	(77-79)		
Midtjylland	ja	4218 / 5229	9479 (64)	81	(80-82)		
Nordjylland	ja	2625 / 3220	3639 (53)	82	(80-83)		

Beregningsregler

Beregning af indikatoren – 3 vb

Tæller: alle i nævner, hvor LDL-kolesterol er ≥ 2.5 mmol/mol

Nævner: alle patientforløb

Uoplyst: Ikke muligt.

Ekskluderet: Nydiagnosticerede patienter - samt patienter som er under 30 år.

Indikator 3 vb er ny dette året – og ændret fra at være supplerende til hovedindikator

Resultater

I almen praksis har et større systemhus ikke fået indberettet selve værdien af LDL, kun dato for lipidmålingen, derfor er det kun resultater for 28238 patienter. For de målinger er det positivt at landsgennemsnittet ligger på standard, 80%. Regionernes andel af patienter med LDL-kolesterol ≤ 2.5 mmol/mol varierer fra 78% i Region Sjælland til 82% i Region Nordjylland.

Diskussion og Implikationer

Glædeligt at standarden er opfyldt i alle regioner for indikator 3vb i sekundærsektor og for 3 regioner i primær sektor.

Vurdering af Indikatoren

For indikator 3va - intervallet bør tilpasses, så det anbefales at måle hvert år. Desuden bør type 1 inkluderes i opgørelsen.



Indikatorområde 4v: Albuminuri

Indikator 4v. Andelen af patienter med med 1 U- albumin/kreatinin måling > 30, som ikke er sat i behandling med ACE-hæmmer/ ATII-receptor antagonist

Standard: Højest 20%

Resultater

Denne indikator er kun rapporteret på diabetesambulatorierne dette år.

Diskussion og Implikationer

Denne indikator kan ikke beregnes for primærsektoren grundet tekniske udfordringer med data overførelser fra systemhusene.



Indikatorområde 5v: Rygning

Resultater

Indikatorområde 5 rygning er dette år kun registreret på diabetesambulatorierne.

Vurdering af Indikatoren

Rygeindikatoren ændres til kun at vedrøre andel af rygere



Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Diabetes er en livslang sygdom, som kan få alvorlige konsekvenser for det enkelte individ, familien og samfundet. Derfor er en optimal behandling essentiel allerede fra barnealderen.

Diabetes er karakteriseret ved et forhøjet blodsukkerniveau, og dette kan medføre mikro- og makrovaskulære komplikationer i øjne, nyre, nerver og hjertekarsystemet. Forandringerne medfører en øget morbiditet og mortalitet, og omkring 50 % af patienter med diabetes har en eller flere komplikationer efter 10-15 år med diabetes.

En god metabolisk kontrol, svarende til et blodsukkerniveau, der ligger tæt på det normale, kan helt forebygge eller forsinke udviklingen af komplikationer. Dette kan være svært at opnå, uden en samtidig øgning i antallet af episoder med lavt blodsukker (hypoglykæmi). Derfor er behandlingen en balance mellem en optimal blodsukkerkontrol og risiko for alvorligt lavt blodsukker.

Der skelnes mellem type 1 og type 2 diabetes. Definitionen af diabetestype afgøres af den kliniker, der indberetter. Overordnet set er baggrunden for type 1 diabetes, at kroppen ikke producerer insulin. Det er især blandt børn, unge samt yngre voksne, at type 1 diabetes forekommer. Type 2 diabetes refererer til, at cellernes følsomhed er nedsat over for kroppens producerede insulin, eventuelt kombineret med nedsat insulinproduktion. Type 2 diabetes optræder især blandt voksne. For nærmere definitionsbeskrivelse (ICD-10 koder) af, hvornår man har diabetes/inkluderes, henvises til hjemmesiden <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/PopulationsSpecifikation21.aspx?db=43&version=1>.

Dansk Voksen Diabetes Database

DVDD dækker ambulante patienter der bliver behandlet i sygehusregi, og patienter der bliver behandlet i almen praksis. Alle patienter der er indberettet til DVDD inden den 18. august 2020, og som har en statusdato i perioden 01.07.2019-30.06.2020 indgår i årsrapporten. "Statusdato" er defineret som den dato, hvor der årligt i relation til databasen gøres status over, hvornår patienten senest har fået foretaget relevante undersøgelser. Undersøgelsesdatoen skal være inden eller på statusdatoen.

DVDD benytter dataintegration fra fem forskellige IT-systemer: KMS, DiabetesRask, Dialog, Steno EPJ og Region Midtjyllands Datafangstmodul. Data samles i RKKP. Patientindberetninger fra almen praksis sker via dataintegration fra det enkelte lægehus IT-system og indhentes via kiap.

Patienter, hvor der er mindre end et år mellem diagnosetidspunkt og statusdato, indgår ikke i beregningen af indikatorerne, da de bliver betragtet som nydiagnosticerede patienter. I de tilfælde, hvor patienten har en tidligere diagnosedato eller statusdato, frafalder betegnelsen "nydiagnosticeret" for denne patient, og patienten indgår i beregningen. For mange patienter er der kun angivet diagnoseår og ikke diagnosemåned. I de tilfælde, hvor diagnoseåret ikke er tilstrækkeligt til at afgøre, om patienterne er nydiagnosticerede, er patienterne ikke taget med i indikatorberegningerne.



Datagrundlag

Dansk Voksen Diabetes Database

Som følge af sagen om utilstrækkelig lovhjemmel for DAMD, blev der den 30. september 2014 lukket for overførsel af data fra den enkelte lægepraksis til DAMD. I år (19/20) er første år vi genrapporterer data fra almen praksis.

Almen praksis

I årsrapportperioden er der indberettet 73.441 skemaer fordelt på 1420 ydernumre. Ifølge medcom er der pr. 1718 ydernumre den 19. august, det betyder at vi haver indberetning fra ca. 83 %.

Tabel 3: Indberetningskomplethed* for ydernumre 2019-2020

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	I alt
Indberetning til DVDD	463	193	319	311	134	1420
Total aktive ydernummer i perioden *	616	236	356	353	152	1718
Indberetningskomplethed (%)	75	81	89	88	88	83

* En praksis indgår i opgørelsen, hvis praksis har indberettet én gang.

** fra medcoms oversigt pr. 19. august 2020



Styregruppernes medlemmer

Styregruppen for Dansk Voksen Diabetes Database:

Formandskab	
Peter Rossing, professor, forskningsleder, overlæge dr.med.	Steno Diabetes Center
Annesofie Lunde Jensen Klinisk sygeplejespecialist, post.doc.	Steno Diabetes Center, Aarhus Universitetshospital
Jette Kolding Kristensen, praktiserende læge, professor, ph.d.	Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, Aalborg Universitet
Øvrige medlemmer	
Tom Bek, professor, ledende overlæge, dr.med., HD(O)	Øjenafdeling J, Aarhus Universitetshospital
Pia Bruun Madsen Hovedbestyrelsesmedlem i Diabetesforeningen	Pårørenderepræsentant
Eva Rabing Brix Dansk Selskab for Klinisk Biokemi (DSKB)	Sygehus Sønderjylland
Bo Feldt-Rasmussen, professor, klinikchef, dr.med.	Nefrologisk Klinik, Rigshospitalet
Dorrit Dylmer, Diabetessygeplejerske	Diabetes- og Stofskifte Dagafsnit, Regionshospitalet Holstebro
Tanja Thybo, chef for Forskning og Analyse	Diabetesforeningen
Niels Ejsskjær, Professor	Endokrinologisk afd., Aalborg Universitetshospital
Jan Erik Henriksen, Centerdirektør	Steno Diabetes Center, Odense Universitetshospital
Marit Eika Jørgensen, overlæge, ph.d.	Steno Diabetes Center
Jesper Olund Christensen, overlæge, ph.d.	Endokrinologisk Ambulatorium, Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus
Jacob Volmer Stidsen, læge, ph.d. studerende (dokumentalist)	Steno Diabetes Center, Odense Universitetshospital
Dataansvarlig myndighed Repr. ved databasens kontaktperson	Region Midtjylland
RKKP	
Elisabeth Svensson, klinisk epidemiolog, ph.d.	RKKP Videncenter
Morten Sverdrup-Jensen, Datamanager	RKKP Videncenter
Lisbet David Greve, kvalitetskonsulent - kontaktperson	RKKP Videncenter



Læsevejledning

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten fra Dansk Diabetes Database skal læses.

Tabeller:

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

- **Standard:** Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højest må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "≤" foran procentværdien angiver at indikatorværdien højest må antage denne for at standard er opfyldt.
- **Standard opfyldt? Ja/Nej:** Angiver, om standarden er opfyldt for regionen /landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" viser, at standarden ikke er opfyldt.
- **Tæller/nævner:** Angiver det samlede antal patientkontakter (eller forløb), der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.
- **Uoplyst:** Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen i procent af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.
- **Andel patientkontakter(forløb), som opfylder kravet, % (95% CI):** Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientkontakter eller -forløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95% sikkerhedsinterval (95% CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95% sandsynlighed befinder sig indenfor det opstillede interval. Sikkerhedsintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.



Regionale kommentarer

Region Nordjylland

Ingen kommentarer vedrørende almen praksis.

Region Syddanmark

Ingen kommentarer vedrørende almen praksis.

Region Hovedstaden

Ingen kommentarer vedrørende almen praksis.

Region Sjælland

Ingen kommentarer vedrørende almen praksis.

Region Midtjylland

Det er med stor interesse, at Region Midtjylland har gennemlæst høringsversionen. I gennemlæsningen har vi haft særlig fokus på almen praksis. Vi kan med tilfredshed konstatere, at praksisdata igen indgår i årsrapporten.

Vi er bekymrede for anvendelse af indikatorer på et så lavt indberetningsgrundlag. Datakompletheden kan i rapporten overfortolkes, idet den ikke er beregnet på patientpopulation, men på praksis, som måske kun har indberettet en patient. Hvis det skal give mening, skal rapporten medtage antal unikke cpr. nr. fordelt på praksis. Der henvises i rapporten til de mange tekniske problemer, specielt i forhold til data fra almen praksis. Her vil vi gerne efterspørge en fremdriftsplan i forhold til løsning af de forskellige problemstillinger.

Det skal overvejes, om det på det foreliggende datagrundlag for almen praksis vil give mening at afholde tværsektorielle audits i regionerne.

Når datagrundlaget er mere komplet fra almen praksis ser vi gerne, at indikatorresultaterne kan gives på regions-, hospitalsklynge-, kommune- og kvalitetsklyngeniveau.

Vi vil opfordre styregruppen til at indsætte kommentarerne i forbindelse med indikatoropgørelserne i selve årsrapporten fremfor bagerst.

