

Høringsrapport

Sammenfatning, vurdering og behandling af
hørings svar til dokumentalistrapport og valg af
indikatorer for Thyroideadatabasen (THYDA)

Høringsrapport

© RKKP 2021

Udarbejdet af:
RKKP's Videncenter i samarbejde med Styregruppen fra
Thyroideadatabasen

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Version 1.0
Versionsdato: 03.12.2021

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indhold

Thyroideadatabasen, hørings svar og høringsparter	4
Forord	4
Høring	4
Generelle hørings svar og hørings svar på indikatorer	5
Tabel 2: Oversigt over høringsparter og indkommende hørings svar	13
Bilag 1: Høringsparter	14

Thyroideadatabasen, hørings svar og høringsparter

Forord

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) har siden april 2020, arbejdet med at etablere en klinisk kvalitetsdatabase omkring benigne thyroideasygdomme benævnt Thyroideadatabasen (THYDA).

THYDA vil fokusere på kvaliteten af behandlingen for patienter med benign thyroideasygdom, som har modtaget radiojod- eller kirurgisk behandling med henblik på vævsreducing af skjoldbruskkirtlen.

Databasen er forankret organisatorisk i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP). Databasen skal skabe national konsensus om god kvalitet til patienter med benign thyroideasygdom, bidrage med relevante og retvisende data samt troværdige og anvendelige resultater. Databasen skal bidrage til at understøtte, at personer med benign thyroideasygdom, oplever høj og ensartet kvalitet på tværs af landet. Indikatorudviklingen er forestået af styregruppen for THYDA ud fra en evidens-baseret tilgang.

Høring

Proces

Med henblik på at indhente kommentarer og synspunkter i relation til de foreslåede indikatorer blandt en bred gruppe af interessenter blev iværksat en høringsproces. Materialet til høringen omfattede en dokumentalistrapport med gennemgang og vurdering af evidensen for de udvalgte indikatorer, samt bilagsbrev og bilag med oplysninger om modtagere af høringsmaterialet (modtagere fremgår af bilag 1). Høringen pågik fra d. 15 oktober - 15. november 2021. Alle modtagne hørings svar frem til deadline blev behandlet af styregruppen for THYDA ved et styregruppemøde d. 23. november 2021. Styregruppens vurdering og svar bliver tilgængelig for de høringsparter, som har indgivet kommentarer, når høringsrapporten bliver offentliggjort på hjemmesiden. Hørings svarene og styregruppens svar fremgår af tabel 1.

Sammenfatning og behandling af hørings svar

Hørings svarene viser, at det generelt opfattes positivt, at data trækkes fra centrale registre. Det er et generelt ønske at data vil blive fremsendt til de regionale ledelsesinformationssystemer (LIS-systemer) månedligt, samt at der vil foreligge en registreringsvejledning. Sidstnævnte vil blive udarbejdet og være klar når databasen går i drift.

Blandt hørings svarene til kvalitetsindikatorerne, har der fra adskillige parter været en opfordring til, at den foreslåede indikator 1: ultralydsscanning ikke medtages som kvalitetsindikator.

Styregruppen har på denne baggrund valgt at sætte indikatoren for ultralydsscanning i bero og endokrinologer vil ved næste NBV-møde drøfte placeringen af ultralydsscanning i det diagnostiske scenarie for patienter med atoksisk struma. Derefter revurderes om ultralydsscanning skal indgå som indikator i THYDA på sigt.

Dokumentalistrapporten er blevet opdateret på ovenstående baggrund og er tilgængelig på THYDAs hjemmeside.

Generelle høringssvar og høringssvar på indikatorer

Høringssvarene viser, at det generelt opfattes positivt, at data trækkes fra centrale registre. Der er fremsendt konkrete bemærkninger til høringmaterialet, som fremgår af tabel 1. Styregruppens kommentarer til indkommende høringssvar er tilføjet til tabellen ved styregruppemødet den 23. november 2021. Tabel 2 viser en oversigt over høringssvar og indkommende høringssvar.

Tabel 1: Bemærkninger til høringmaterialet	
Generelle høringssvar afgivet	Styregruppens vurdering af generelle høringssvar
<p>Herlev Gentofte Thyroideagrube: Det er meget prisværdigt, at det er lykket arbejdsgruppen at lave indikatorer som kan trækkes direkte af diagnose, recept og laboratorie registre - dvs ikke medfører ekstra registrering.</p> <p>Vi mener det er vigtigt at vælge de bedst mulige indikatorer fra starten, idet en løbende ændring af indikatorer påvirker mulighederne for at trække data på sigt.</p> <p>Tilføjet af Region Hovedstaden: Afdeling for hormon og stofskiftesygdomme Rigshospitalet: En mere generel kommentar omkring adgang til brug af data (f.eks. i forbindelse med forskning). Retningslinjerne herfor fremgår af rkkp's hjemmeside, men det forlyder, at det kan være meget svært at få tilladelse til adgang til data.</p>	<p>Styregruppen takker for anerkendelsen.</p> <p>Korrekt, at retningslinjerne fremgår på RKKP's hjemmeside. Kan ses her: https://www.rkkp.dk/siteassets/forskning/retningslinjer_forskning_version6_1.pdf Fra en ansøgning er godkendt mht. formalia, går der maksimalt tre måneder inden der sker udlevering af data.</p>
<p>Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg Generelle bemærkninger A PRIORI SANDSYNLIGHED FOR SYGDOM: Ændre henvisningsårsagen for a priori sandsynligheden for sygdom. Er der således forskel på om en borger henvises med tryksymptomer eller har et incidentalt fund af en eg. 17 mm thyroideaknude på en CT lavet af anden årsag og derfor henvises til udredning. Vi udreder jo pt. alle med incidentale fund af knuder i thyroidea >= 10 mm. Overdiagnostik eller god rationel klinik?</p> <p>KONSERVATIV BEHANDLING: Skal der være en mulighed for at registrere et bevidst valg om konservativ behandling herunder bevægelse herfor?</p> <p>HYPOFUNDERENDE OMRÅDER: Ønskes der ingen indikatorer for registrering af håndtering og tilstedeværelse af disse? Opfølgingslængde? EUTIRADS klassifikation? FNA antal</p>	<p>Konceptet for den database, som er under opbygning går alene på at anvende informationer som findes i allerede etablerede registre, som udelukkende omhandler kvalitetsmål vedrørende radioaktiv jodterapi og kirurgisk behandling.</p>

<p>Vi har jo kun gode register data på disses håndtering, hvis der laves FNA eller hvis de henvises til ØNH? Tillige kan tilstedeværelsen af hypofungernde knuder have betydning for borgeren og lægens valg/anbefalinger af kirurgi versus radioiod versus anden behandling</p> <p>KOSMETISKE GENER: Bør der være en indikator for denne indikation?</p> <p>ALARM SYMPTOMER: Bør der være en indikator for tilstedeværelse / fravær af disse?</p>	
<p>Endokrinologisk afd., Sydvestjysk Sygehus: Ad database titlen: "Landsdækkende klinisk database for thyroideasygdomme" er ikke dækkende. En bedre og mere præcis tilel er: "Landsdækkende klinisk database for benigne thyroideasygdomme behandlet med radio-iod eller strumektomi".</p>	<p>Vi er enige, men vil gerne bevare muligheden for at udvikle området. Styregruppen har præciseret med 'benigne thyroideasygdomme' og mener, at navnet skal være: "THYROIDEADATABASEN: Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for benigne thyroideasygdomme"</p>
<p>Region Syddanmark, Kvalitet og forskning: Region Syddanmark sætter pris på muligheden for at indgive hørings svar til den kommende Kvalitetsdatabase "Thyroidea-databasen".</p> <p>Dette er et administrativt hørings svar, som er generelt og overordnet i sin karakter. Hørings svaret fokuserer særligt på hørings materialets beskrivelser af datakilder og afrapporteringsniveau for indikatorer, da det særligt er disse, som har relevans ift. kvalitetssikring af det samlede dataflow for databasens resultater.</p> <p>Dette hørings svar indeholder ikke input fra sygehusafdelinger i Region Syddanmark. Da materialet er sendt ud i bred høring, forventes det, at der vil blive indgivet klinisk faglige hørings svar fra sygehusafdelinger i Region Syddanmark uafhængigt af nærværende hørings svar.</p> <p>Anvendelse af data og resultater Region Syddanmark bruger afrapporteret data fra kvalitetsdatabaser på 3 måder, som listes op nedenfor. Hver anvendelses måde afspejler forskellige databehov.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrapportering til sygehusledelser og regionsledelse. Her er det vigtigt at kunne identificere kritiske forhold, som der skal igangsættes ledelsesunderstøttede indsatser for at ændre. Data skal kunne give et relevant overblik og være præsenteret i en relevant kontekst. 	<p>Tak for hørings svaret.</p>

- Afrapportering til klinikken med henblik på kvalitetsudvikling. Her er det vigtigt, at overordnet data kan ses efter i sømmene, således at der kan iværksættes konkrete justeringer af behandlingspraksis til bedring af resultaterne. Her er det vigtigt, at data kan tilgås i detaljen og tidstro med henblik på analyse til specifikke kvalitetsforbedrende indsatser.
- Validering af indberettet eller indhentet data. Her er det vigtigt, at data kan tilgås så tidstro som muligt. Ofte er afrapporterede data i de regionale LIS-systemer den eneste adgang til at tjekke, om indberetningen af data er sket korrekt. Hvis data indhentes løbende, så bør den også kunne valideres løbende. Dette er særligt vigtigt for registerbaseret data.

I Region Syddanmark ser vi disse 3 måder at anvende data som naturligt forbundne og mener ikke, at en overordnet formidling af resultater bør udelukke en mere granuleret og tidstro adgang til data.

Af hensyn til anvendelse af data bør data rapporteres så ofte og så granuleret som muligt.

Sammenhængen mellem inddata og uddata

I den kommende Thyroidea-database stræbes mod at anvende data fra centrale registre til både populationsdannelse og indikatorresultater.

Region Syddanmark bifalder, at indhentningen af data til den kommende "Thyroidea-database" i høj grad indhentes fra eksisterende registre.

Det bedste datagrundlag sikres ved at:

- Alt data, som indhentes fra registre og andre datakilder, kan genfindes i (elektronisk) afrapporteret data
- Alt data, som indberettes eller indhentes løbende, gøres tilgængeligt for validering og kvalitetsarbejde i klinikken så tidstro som muligt

Alt data afrapporteres på lavest mulige organisatoriske niveau af hensyn til styringen af brugeradgang til personfølsomme data – fx når data valideres eller anvendes til analyseformål

RKKP vil sætte databasen op til som minimum at levere data løbende i de regionale ledelsesinformationssystemer (LIS-systemer) en gang om måneden.

Tak for anerkendelsen.

Det vil vi tilstræbe.

<p>På den måde sikres den sammenhæng og gennemsigtighed i data, som er væsentlig for den løbende kvalitetsudvikling, som sker med udgangspunkt i resultater fra kvalitetsdatabaserne.</p> <p>Forslag til tilrettelæggelsen af den kommende indberetning til og afrapportering for Thyroidea-databasen</p> <p>Høringsmaterialet indeholder ingen beskrivelser af datakilder og afrapporteringsforhold for hvert enkelt indikator.</p> <p>Region Syddanmark ønsker generelt at kunne forholde sig til følgende forud for etableringen af nye kvalitetsdatabaser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversigt med angivelse af datakilder for hvert enkelt indikator med henblik på at kunne vurdere Region Syddanmarks evne til at kunne indberette til databasen, samt for at kunne vurdere hvilket ressourcetræk, at indberetningen fordrer • Oversigt med angivelse af indhold, frekvens og organisatorisk afrapporteringsniveau for hver enkelt indikator <p>På baggrund af ovenstående betragtninger i nærværende høringssvar foreslås følgende tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultater for alle indikatorer afrapporteres elektronisk. Ingen indikatorer afrapporteres udelukkende i den årlige årsrapport, som kan findes i PDF-form på Sundhed.dk • Alle indikatorer og bagvedliggende variable afrapporteres så tidstro som muligt. Gerne dagligt og som minimum månedligt • Alle indikatorer afrapporteres på det lavest mulige organisationsniveau. Hvis data afrapporteres på højere niveau end afsnitsniveau, er det ikke muligt at udstille bagvedliggende/personfølsomme data • Opgørelse af resultater for hver enkelt indikator opgøres så vidt muligt løbende fremfor årligt 	<p>Der arbejdes på en registreringsvejledning og beregningsregler, som vil præcisere dette. Registreringsvejledningen vil være tilgængelig inden idriftsættelsen af databasen.</p> <p>Som anført ovenfor, vil RKKP tilstræbe, at data vil blive sat op til at leveres løbende som minimum en gang om måneden. Ifølge bekendtgørelsen af kliniske kvalitetsdatabaser, skal databasen være opsat til at levere løbende i de kliniske kvalitetsdatabasers afrapportering (KKA) 3 måneder efter dato for idriftsættelsen.</p>
--	---

Afgivet høringssvar til indikatorer	Styregruppens vurdering af høringssvar til indikatorer								
<p>Herlev og Gentofte Thyroideagrube:</p> <p>Indikator 1 udredning:</p> <p>Vi er uenige i denne indikator</p> <p>Indikator 1: Ultralydsskanning Andelen af radiojodpatienter med atoksisk struma der får en ultralydsskanning senest 1 år før start på førstkomende radiojod-behandling</p> <table border="1" data-bbox="172 969 849 1323"> <thead> <tr> <th>Evidensgrad</th> <th></th> <th>Standard</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fordel</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Ultralydsskanning giver overblik over antal knuder/cyster samt deres malignitetsrisiko - Mulighed for at vurdere thyroideavolumen til dosisberegning samt selektere patienter til f.eks. kirurgi - Muliggør ensartet og korrekt behandling efter retningslinjerne </td> <td rowspan="2">≥ 90 %</td> </tr> <tr> <td>Ulempe</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstra undersøgelsesmodalitet ud over skintigrafi - Forudsætter trænet personale samt udstyr er tilgængeligt </td> </tr> </tbody> </table> <p>Konklusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det anbefales, at patienter med atoksisk struma får en US før radiojod-behandling mhp. at selektere patienten til relevant behandling (Evidensgrad: moderat). <p>Argumenterne er følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I tabellen anføres lav evidens. I konklusionen er evidensgrad ændret til moderat?. • Kvalitetsmålet om UL er kun anført for patienter med atoksisk struma?, jvf oversigten på side 8, altså udelukkende for patient hvor RAI gives på ”tryk” indikation. Dog er det ikke angivet, at TSH indgår i selekteringen. • Det er IKKE anført i DES NBV om behandling med radioaktivt jod, at der skal foreligge UL inden radiojodbehandling af atoksisk struma. Ved det 	Evidensgrad		Standard	Fordel	<ul style="list-style-type: none"> - Ultralydsskanning giver overblik over antal knuder/cyster samt deres malignitetsrisiko - Mulighed for at vurdere thyroideavolumen til dosisberegning samt selektere patienter til f.eks. kirurgi - Muliggør ensartet og korrekt behandling efter retningslinjerne 	≥ 90 %	Ulempe	<ul style="list-style-type: none"> - Ekstra undersøgelsesmodalitet ud over skintigrafi - Forudsætter trænet personale samt udstyr er tilgængeligt 	<p>Indikatoren for UL-skanning stilles i bero og endokrinologer vil ved næste NBV-møde drøfte placeringen af UL i det diagnostiske scenarie for patienter med atoksisk struma. Derefter revurderes om US skal indgå som indikator i THYDA på sigt.</p>
Evidensgrad		Standard							
Fordel	<ul style="list-style-type: none"> - Ultralydsskanning giver overblik over antal knuder/cyster samt deres malignitetsrisiko - Mulighed for at vurdere thyroideavolumen til dosisberegning samt selektere patienter til f.eks. kirurgi - Muliggør ensartet og korrekt behandling efter retningslinjerne 	≥ 90 %							
Ulempe	<ul style="list-style-type: none"> - Ekstra undersøgelsesmodalitet ud over skintigrafi - Forudsætter trænet personale samt udstyr er tilgængeligt 								

sidste DES NBV møde talte man specifikt om denne problemstilling. Anbefalingen blev at eventuel UL skanning skulle være "efter regionale aftaler". Vi mener derfor ikke, at denne indikator kan indføres uden en ny diskussion i NBV regi under DES (denne NBV skal revideres op til mødet 2022)

- Det er muligt, at det i visse tilfælde kan være fornuftigt at udføre UL skanning inden radiojodbehandling, men der er ikke evidens for, at UL sikrer at man ikke overser en cancer (jævnfør ovenstående tabel). Hvis man går efter, at det giver "god mening" at udføre UL skanning inden radiojodbehandling, så kan det være svært at se, hvorfor ikke både patienter med normalt og højt stofskifte skal tilbydes denne undersøgelse. Vi har på HGH lavet større opgørelser af vores tidl. radiojodbehandlede og udvikling/overset cancer som ikke tyder på, at rutine UL ville have ændret på disse tal.
- Mange steder bliver UL skanning udført af klinfys som rutine i relation til skintigrafi. Det er vores oplevelse, at disse UL skanninger jævnligt ikke lever op til den samme kvalitet, som hvis de udføres i eget regi (endokrinolog). På HGH har vi valgt UL skanning ved klinfys fra idet vi på baggrund af klinik og skintigrafi vælger de patienter, hvor det vil være relevant at udføre UL skanning inden radiojodbehandling. Ovenstående kvalitetskrav vil have den konsekvens at enten skal vi opnormere i vores UL klinik eller give køb på kvaliteten af undersøgelsen.

Foreslår at man ændrer udrednings indikator til: Der skal foreligge en thyroidea skintigrafi forud for radiojodbehandling. Set i vores øjne vil det være en fejl hvis en pt ikke har fået lavet en skintigrafi (som mål for at der er optagelse i thyroidea) inden patienten gives radioaktivt jod.

Markør 2 Opfølgning: Biokemiske opfølgning og 3 behandlingssvigt: behandlingssvigt Trab positive og Trab negative – er gode

Markør 4 komplikationer

Vedr. opfølgning markør hypothyreose. Det er fint, at Trab positive *ikke* er med. Der vil dog være patienter, hvor der intenderet gives ablativ dosis radioaktivt jod (nødøs atoksisk struma også for at sikre skrumpning og nødøs toksisk struma, hvor patienten ikke tåler antithyreoid medicin). Vi mener derfor *IKKE* at hypothyreose er en regelret komplikation.

<p><i>Foreslår i stedet, at man vælger Vedr. GO/TAO som komplikations markør</i></p> <p>Dette er den mest alvorlige komplikation vi ser efter radiojodbehandling. Det ville være oplagt at bruge diagnosekoder DH06.2 og DH05.2 som er de to diagnoser patienten vil få hvis de bliver vurderet af hospitals øjenlæge for GO/TAO. Dette er en god indikator for udvikling af moderat- svær GO efter Radiojod. Der foreligger gode nationale registreringer af disse diagnosekoder.</p> <p>Markør 5 Opfølgning: Opfølgende medicinsk behandling pga myksødem er god</p> <p>Tilføjet af Region Hovedstaden: Afdeling for hormon og stofskiftesygdomme Rigshospitalet:</p> <p>Vi er helt enige i, at Indikator 1 om ultralydsskanning inden radioiodbehandling ved atoksisk struma må drøftes nærmere og ligeledes Indikator 4 om komplikationer til radioaktiv iodbehandling af TRAb-negative.</p>	<p>Styregruppen vil se på muligheden for GO/TAO som komplikationsmarkør. Der startes med prøvetræk på relevante diagnosekoder, hvorefter det vurderes om GO/TAO skal indgå.</p> <p>Der er meget få tilfælde, hvor man bevidst tilstræber hypothyroidisme ved en TRAb-negativ patient, men det er absolut undtagelsen. Med en standard på 25% er der rigeligt luft til at absorbere denne lille gruppe.</p>
<p>Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg:</p> <p>INDIKATOR 1:</p> <p>Ultralyd: Datacapture mulig på procedurekode.</p> <p>Evt. Fjerne fra Fordel: "Mulighed for at vurdere thyroidea volumen til dosisberegning samt" (...)</p> <p>I hht til den kilde gruppen selv angiver er der nemlig ikke national konsensus for metoden til dosisberegning. Se nedenstående uddrag</p> <p>"Algoritmen til beregning af I131-aktiviteten varierer, afhængigt af lokale forhold. Overordnet benyttes tre forskellige algoritmer [2]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semi-fixeret aktivitet justeret efter thyroidea-volumen og/eller type af thyroidea-sygdom.* Patienter med Graves' sygdom er ofte mere stråleresistente, og en aktivitet på mindst 400 MBq vil som regel være nødvendig for at undgå terapivigt. • Korrigeret for 24t thyroidea-jodoptagelse, samt thyroidea-volumen. • Korrigeret for 24t thyroidea-jodoptagelse, thyroidea-volumen samt I131 halveringstid." <p>Ultralyd bidrager til viden der sandsynliggør, om symptomerne kan tilskrives strumaen eller vigtige differentialdiagnoser bør have in mente. Tillige kan gentagen ultralyd ved genhenvielse bidrage til at sandsynliggøre manglende effekt af behandling.</p>	<p>Indikatoren for UL-skanning stilles i bero og endokrinologer vil ved næste NBV-møde drøfte placeringen af UL i det diagnostiske scenarie for patienter med atoksisk struma. Derefter revurderes om US skal indgå som indikator i THYDA på sigt.</p>

<p>De ikke så hyppige EUTIRADS 5 knuder er næsten altid hypofungerende og vil blive fanget på skintigrafi. Evt sænke Målopfyldeelse til $\geq 80\%$.</p> <p>INDIKATOR 5: Opfølgende medicinsk behandling pga. myxødem: Bør baseres på data-capture eg. Receptdatabasen, da opfølgingsperioden strækker sig ind i perioden, hvor pt er afsluttet til egen læge. Vi antager at der er indbygget i algoritmen at der skal være mere end en forhøjet TSH over en hvis tidsperiode.</p> <p>Under ulempe: Risiko for at man tolker indikator som at pt skal fortsætte i længere kontrolforløb i endokrinologisk ambulatorium.</p> <p>INDIKATOR 6 og 7: Kan ordlyden præciseres, så det fremgår tydeligt hvorledes disse 2 supplerer hinanden. Muligvis åbenlys for en kirurg.</p>	<p>Der er indlagt et tidsinterval på seks måneder efter afsluttet R-JOD-terapi ("karensperiode") og TSH-niveaueet skal være minimum 5. Styregruppen mener således at have taget højde for det adspurgte.</p> <p>TSH målt ved opfølgning hos egen læge anvendes også i indikatoren. Det vil sige, at der til indikatoren indhentes data frem til 15 måneder efter RJOD-terapi. Vil blive beskrevet i registreringsvejledningen.</p> <p>Vi takker for påvisning af fejlen. Den er rettet.</p>
<p>Endokrinologisk afd., Sydvestjysk Sygehus:</p> <p>Ad. Indikator nr 1: Krav om UL før radio-iod vil føre til behov for øgning i kapacitet for UL. Hidtil har det hos os ikke været normen at UL skanne pt. med solitær toksisk nodulus, idet det ikke har betydning for valg af behandling eller radio-iod dosis.</p> <p>Ad. Indikatorer nr. 10a, 10b og 10c: Postoperativ Etalpa behandling som indikator for hypoparatahyroidisme. Argumentet for at monitorere på Etalpa frem for CAI og PTH er, at der ikke er adgang til laboratoriesvar databaser, men argumentet falder til jorden, da laboratoriesvar anvendes i indikator 4. Det er vores opfattelse, at der er patienter som ikke får behandling med kapsel Etalpa ved partiel hypoparathyroidisme. Monitorering på måling af CAI og PTH giver derfor et bedre mål for komplikationsraten.</p>	<p>Indikatoren for UL-skanning stilles i bero og endokrinologer vil ved næste NBV-møde drøfte placeringen af UL i det diagnostiske scenarie for patienter med atoksisk struma. Derefter revurderes om US skal indgå som indikator i THYDA på sigt.</p> <p>Tak for kommentar. Emnet har været drøftet intenst i styregruppen. Etalpa afspejler klinisk betydende hypocalcæmi og er af styregruppen vurderet til det umiddelbart mest valide mål.</p>
<p>Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Horsens: DESS bestyrelse har besluttet at sende til tovholdere på thyreoidea-nbv'er, for at de kunne sende videre til nogle af DESSs medlemmer, som har viden om og interesse for thyreoideasydom og radioaktiv jodbehandling.</p> <p>I øvrigt er jeg enig vedrørende ultralydsskanning. Og vi skal ikke ud i at monitorere/dokumentere på parametre, som ikke har evidensbaseret afgørende betydning for patienterne.</p>	<p>Indikatoren for UL-skanning stilles i bero og endokrinologer vil ved næste NBV-møde drøfte placeringen af UL i det diagnostiske scenarie for patienter med atoksisk struma. Derefter revurderes om US skal indgå som indikator i THYDA på sigt.</p>

Tabel 2: Oversigt over høringsparter og indkommende hørings svar	
Høringsparter	Afgivet hørings svar (ja/nej)
Sundhedsstyrelsen	Nej
Sundhedsdatastyrelsen	Nej
Danske regioner	Nej
KL	Nej
Dansk Selskab for Intern Medicin	Nej
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Nej
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)	Nej
Stofskifteforeningen	Nej
Region Nordjylland	Ja- ingen kommentarer (15/11 2021)
Region Midtjylland	Ja/Diagnostisk Center Regionshospitalet Silkeborg (2/11 2021), samt Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Horsens (15/11)
Region Syddanmark	Ja/Endokrinologisk afd., Sydvestjysk Sygehus (1/11 2021), samt Region Syddanmark- kvalitet og forskning (15/11 2021)
Region Sjælland	Nej
Region Hovedstaden	Ja/Herlev-Gentofte Thyroideagrube (4/11 2021), samt afdelingen for hormon og stofskiftesygdomme, Rigshospitalet (4/11 2021)
Dansk selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin	Nej
Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi	Nej
Dansk Selskab for Almen Medicin	Nej
Dansk Sygepleje Selskab	Nej
Dansk Thyroidea Selskab	Nej (er tidligere hørt mht. radiojodpopulationen)
Dansk Pædiatrisk Selskab	Nej
Dansk Endokrinologisk Selskab	Nej (er tidligere hørt mht. radiojodpopulationen)

Bilag 1: Høringsparter

Generelle og specifikke høringsparter	
Dansk Endokrinologisk Selskab Att. Formand Pernille Hermann	formand@endocrinology.dk
Dansk Thyroidea Selskab Att. Formand Thomas Brix	thomas.brix@rsyd.dk
Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi Att. Formand Thomas Kjærgaard	thokjaer@rm.dkdk
Dansk Pædiatrisk Selskab Att. Formand Klaus Birkelund Johansen	formand@paediatri.dk
Dansk selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin Att. Formand Søren Hess	soeren.hess@rsyd.dk
Stofskifteforeningen Att. Formand Julie Davey Dalsgaard Lund	formand@stofskifteforeningen.dk
Regionale kontaktpersoner, Region Nord	Region Nordjylland: RKKP-admin@rn.dk
Regionale kontaktpersoner, Region Midtjylland	Region Midtjylland: sundhed.rkkp-admin@rm.dk
Regionale kontaktpersoner, Region Syddanmark	Region Syddanmark: jv@rsyd.dk joergen.oestergaard@rsyd.dk marianne.albertsen@rsyd.dk mette.skovmand@rsyd.dk rkkp_kontaktperson@rsyd.dk
Regionale kontaktpersoner, Region Sjælland	Region Sjælland: ku-rkkp@regionsjaelland.dk
Regional kontaktperson, Region Hovedstaden	Region Hovedstaden: ekp-databaser.center-for-sundhed@regionh.dk
Kommunernes Landsforening	kl@kl.dk
Danske Regioner	regioner@regioner.dk

Sundhedsstyrelsen	sst@sst.dk
Sundhedsdatastyrelsen Att: Direktør Lisbeth Nielsen	kontakt@sundhedsdata.dk
Statens Serum Institut	serum@ssi.dk
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) Att: Sekretariat Bitten Dahlstrøm	dsk@dadl.dk
Dansk Selskab for Patientsikkerhed Att: Direktør Inge Kristensen	lk@patientsikkerhed.dk
Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) Att. Formand Pia Dreyer Att: Sekretariat Helle Johnsen	piadrey@rm.dk dasys@dasys.dk
Dansk Selskab for Intern Medicin Att. Formand Overlæge, Pia N. Kannegaard	nimann@dadlnet.dk
Dansk Selskab for Almen Medicin	dsam@dsam.dk



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram