Ny strategi for de kliniske kvalitetsdatabaser
– Fra viden til virkning i kvalitetsarbejdet

Charlotte Glümer, Centerchef - Københavns Kommune, Forperson - Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

Peter Rossing , Professor, forskningsleder, overlæge, Steno Diabetes Center Copenhagen, Forperson - Dansk Diabetes Database (DDiD)

Anders Møller Schlünsen, Funktionsleder for de kliniske kvalitetsdatabaser, SundK

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Markant flere diabetespatienter får organbeskyttende medicin: Kan bane vej for færre blodpropper

Brugen af organbeskyttende diabetesmedicin stiger markant blandt patienter med forhøjet risiko
nyresygdom, viser en ny rapport fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Håbet er, at udviklingen
færre alvorlige senkomplikationer som blodpropper, hjertesvigt og nedsat nyrefunktion

Historisk fremgang for børn med diabetes: Næsten ingen børn får alvorlige senfølger

Behandlingen af børn med diabetes i Danmark er forbedret markant indenfor de seneste par år. Andelen af børn
med højt langtidsblodsukker og risiko for alvorlige senkomplikationer er faldet betydeligt, viser rapport fra
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Research

JAMA Oncology | Original Investigation

Trends in Meningioma Incidence, Treatment, and Imaging Surveillance

Anders Rosendal Korshøj, MD, PhD; Henriette Engberg, MSc, PhD; Mette Haldrup, MD, PhD;
Anne Kudsk Ragner, MSc; Brian Lind Olsen, MSc; Khuozima Azam, BSc; Tiit Illimar Mathiesen, MD, PhD, DMSc;
Mahmoud Albarazi, MD; David Scheie, MD, PhD; Slavka Lukacova, MD, PhD; Kåre Schmidt Ettrup, MD, PhD;
Christian Bonde Pedersen, MD, PhD;

60-70% færre kontrolscanning

Supplemental content

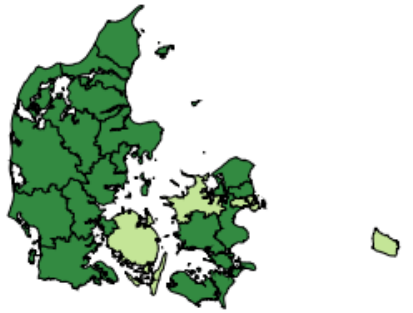
IMPORTANCE Meningioma incidence is rising globally, yet many tumors follow an indolent course. Despite low intervention rates, surveillance imaging is extensive, and it is unclear whether current practices meaningfully influence treatment decisions.

OBJECTIVE To quantify nationwide Danish trends in meningioma incidence, treatment, and surveillance and identify potentially redundant follow-up imaging.

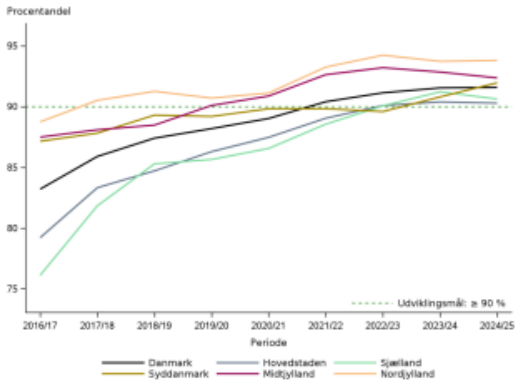
Indikator 1: Ventetid til antikoagulations behandling

Indikator 1: Andel af nydiagnosticerede patienter med atrieflimren, der har ventetid på max. 30 dage fra diagnosticering til opstart i antikoagulationsbehandling (hvor antikoagulationsbehandling er indiceret).

Danmarkskort på sundhedsklyngeniveau



Trendgraf på regionalt niveau



FRA VIDEN TIL

FORBEDRING



PATIENTERNES PERSPEKTIVER



HVAD ER KVALITETSUDFORDRINGEN?



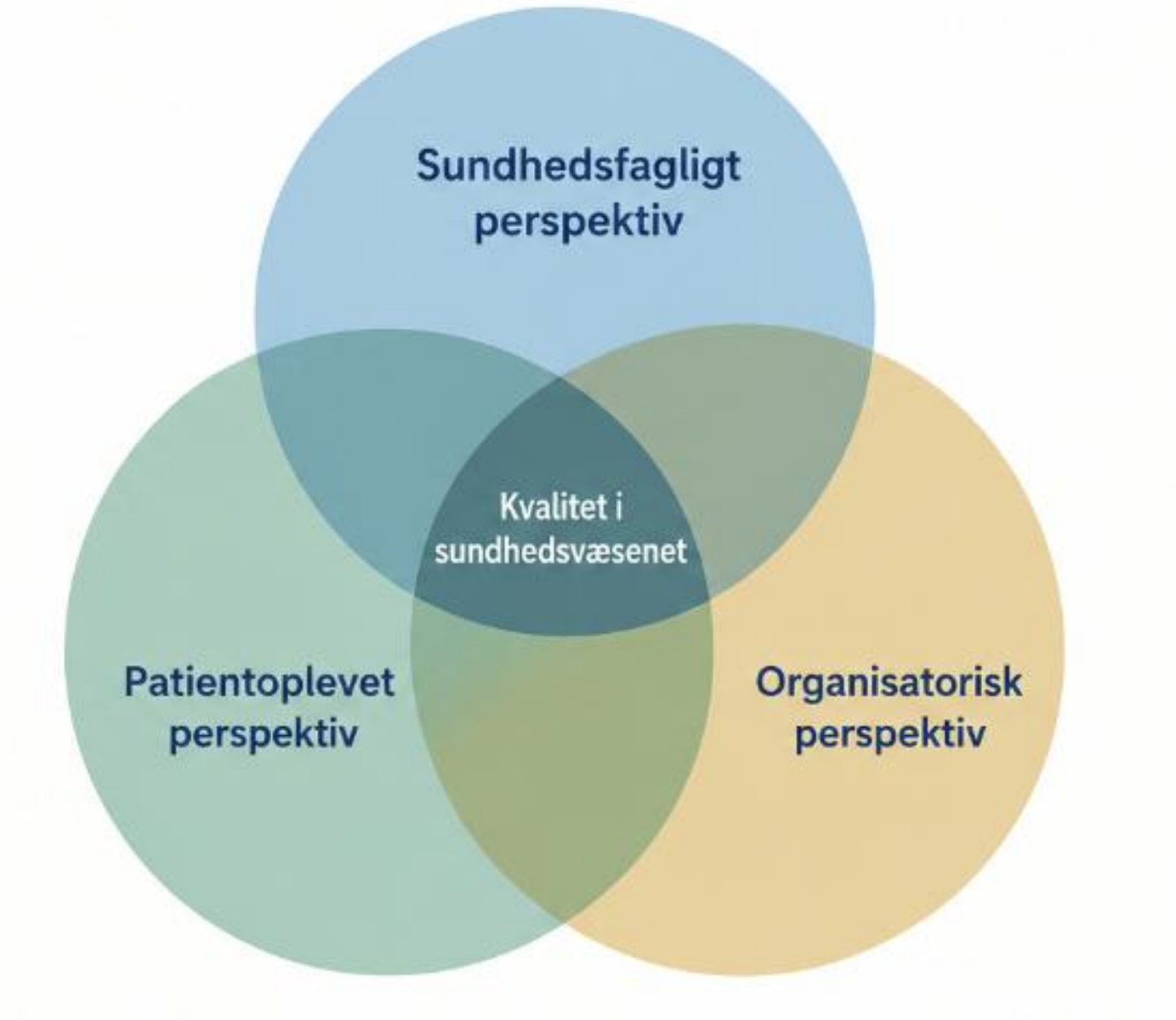
FOKUSERET KVALITETSUDVIKLING

HVORFOR VI ER HER

DEN STØRSTE ÆNDRING

DEN OVERSETE DETALJE

HVORFOR VI ER HER



Kilde: Dansk Selskab for kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS)

DEN
STØRSTE
ÆNDRING





Schibli O, Seyff N, Brandenberger D, Ehrlich T, Kyratsis Y. Reconceptualising hospital performance management as a socio-organisational system: a scoping review. BMJ Lead. 2026 Aug 17:leader-2026-001576.



DEN OVERSETE DETALJE

HVAD ER KVALITETSUDFORDRINGEN?

De kliniske kvalitetsdatabaser arbejder med kvaliteten for den samlede population på tværs af fag og sektorer. Arbejdet tager afsæt i spørgsmålet "hvad er kvalitetsudfordringen?" og fokuserer på, at identificere og prioritere de væsentligste udfordringer og skabe en fælles retning for kvalitetsforbedringsindsatsen.

De kliniske kvalitetsdatabaser samarbejder med de faglige miljøer om kvalitetsforbedring ved at anvende og kombinere kliniske kvalitetsdatabaser, analyser, retningslinjer og øvrige redskaber i SundK. Formålet er at understøtte behovstilpassede patientforløb, med høj og ensartet kvalitet.

Kvalitetsudviklingen sker i et samspil mellem de kliniske kvalitetsdatabaser og sundhedsvæsenet. De kliniske kvalitetsdatabaser bidrager ved prioritering af indsatsområder, valg af relevante redskaber, fortolkning af resultater og målrettet formidling af viden. Den konkrete forbedringsindsats og implementering realiseres i sundhedsvæsenet, hvor ansvar og handlekraft er forankret.



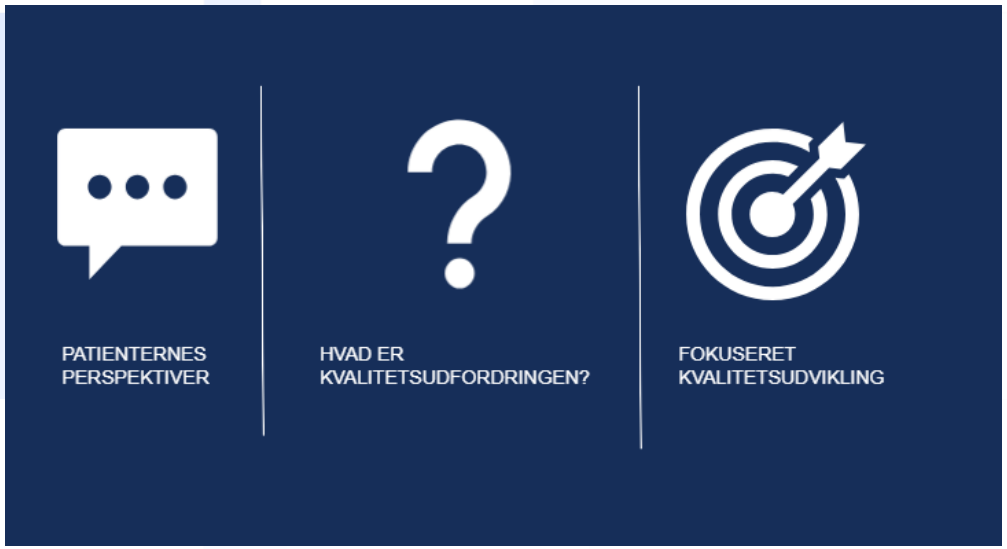
SKÅLTALE

FRA ~~VIDEN~~ TIL

FORBEDRING

DE FØRSTE SKRIDT I 2027

- FOKUSERET KVALITETSUDVIKLING
- NYT ÅRSRAPPORTSFORMAT
- NY PRIORITERINGSMODEL
- NY PATIENT- OG PÅRØRENDEPOLITIK
- NYE RAMMER FOR STYREGRUPPERNE



Sammenhæng imellem kvalitetsudfordringer, viden, forbedring og guidelines

Peter Rossing
Prossor, overlæge, forskningschef
Københavns Universitet
Steno Diabetes Center Copenhagen

Hvordan kan data, viden og analyser være med til at påvirke guidelines/retningslinjer.



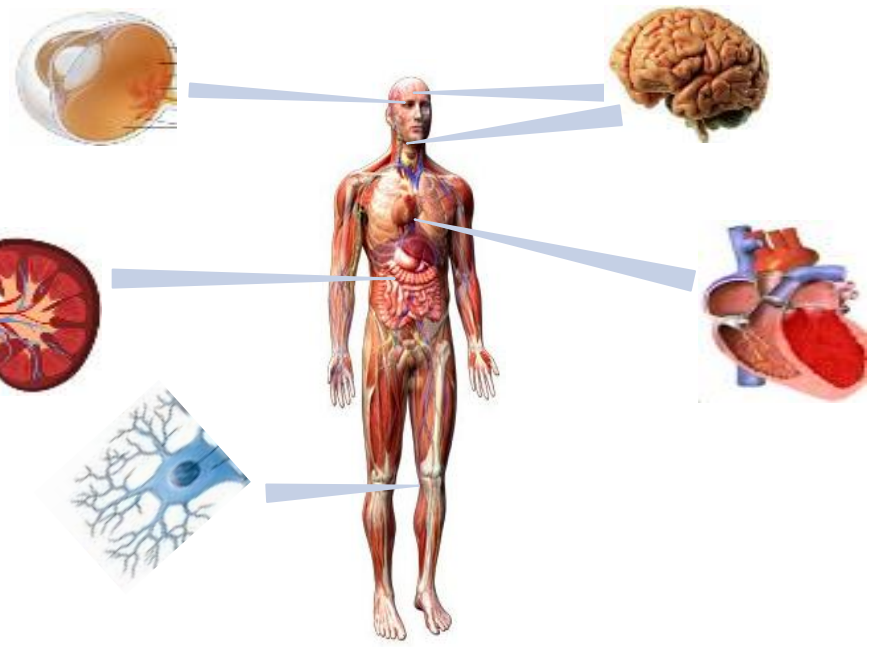
Diabetiske senkomplikationer småkarsygdom og storkarsygdom

Microvascular

Diabetic retinopathy
One of the leading cause of blindness in working age adults[1]

Diabetic nephropathy
Leading cause of end-stage renal disease[2]

Diabetic neuropathy
Leading cause of non-traumatic lower extremity amputations[3]



Macrovascular

Stroke

Cardiovascular disease
2- to 4-fold increase in cardiovascular mortality and stroke[4]

1. Liew *et al*. *BMJ Open* 2014;4:e004015; 2. Duran-Salgado & Rubio-Guerra. *World J Diabetes* 2014;5:393–8;
3. Jonasson *et al*. *Diabetes Care* 2008;31:1536–40; 4. Fox *et al*. *Trends Cardiovasc Med* 2010;20:90–5

Årsstatus: Regelmæssig Screening for Komplikationer!



Ophthalmoscopy/ fundus photography



Visual acuity



Urinary albumin excretion and s-creatinine/eGFR



Blood pressure



Electrocardiogram



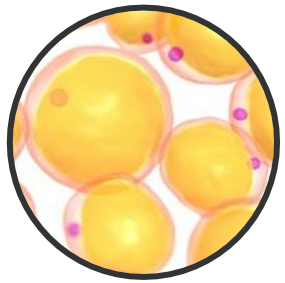
Foot inspection, pulse and vibration sensation threshold



Autonomic neuropathy



Erectile dysfunction



Lipids



Advanced cases: PTH, calcium, phosphate, bicarbonate, electrolytes, anaemia

eGFR, estimated glomerular filtration rate; PTH, parathyroid hormone

Den Diabetiske Fod



Aktuel anbefaling: Årsstatus for alle

- Kredsløb, følesans og fejlstillinger







Behandlingsindikatorer	Andelen af voksne med type 2 diabetes med kendt kardiovaskulær sygdom som er sat i organbeskyttende behandling med GLP1-analoger eller SGLT2 inhibitorer.	Proces	Ikke fastsat
	Andelen af voksne med type 2 diabetes med nyresygdomme længere end 3 mdr. (UACR ≥ 300 mg/g og eGFR ≥ 30 ml min/1.73 m2) som er sat i behandling med GLP1-analoger eller SGLT2 inhibitorer.	Proces	Ikke fastsat
	Andelen af voksne med to målinger af UACR ≥ 30 mg/g som er sat i ACE-hæmmer/ATII receptor-antagonist.	Proces	Ikke fastsat
Den diabetiske fod	Andelen af voksne som er har haft en fodundersøgelse 15 mdr. inden skæringsdato.	Resultat	Ikke fastsat
Mikrovaskulære komplikationer (nyre)	Andelen af voksne som har fået målt UACR 15 mdr. inden skæringsdato.	Proces	≥ 85%
	Andelen af voksne som har fået målt eGFR 15 mdr. inden skæringsdato.	Proces	≥ 95%
Rygning	Andelen af voksne som er ikke-rygere.	Resultat	Ikke fastsat
Komorbiditet -børn og unge	Andelen af børn og unge, der screenes for cøliaki min 2 screeninger inden for 5 år efter diabetesdebut.	Proces	Ikke fastsat
	Andelen af børn og unge >11 år, der er screenet for TSH 15 mdr. inden skæringsdato.	Proces	Ikke fastsat
	Antal af svære hypoglykæmitilfælde hos børn og unge, hvor de er afhængig af hjælp fra andre (udover forventet for alder og mental status/kognitive habitus) siden sidste screening.	Resultat	Ikke fastsat
BMI	Andelen af børn og unge, der har en BMIsds ≤ plus 2.	Resultat	Ikke fastsat

Årsstatus for alle – er det klogt?

- Klinikerne (og patienterne) har stort ønske
- om ikke at skulle foretage fodundersøgelse hvert år

- Kræver fremmøde og tager tid



Ændring af screeningsmodel for fødder kræver data:

- Data på fodområdet er ikke helt så gode som på øjenområdet
- Aug. 2023 igangsat ph.d. på SDCC mhp. at udvikle prædiktionsmodel

- Modellen skal være super simpel, eller integreres i EPJ



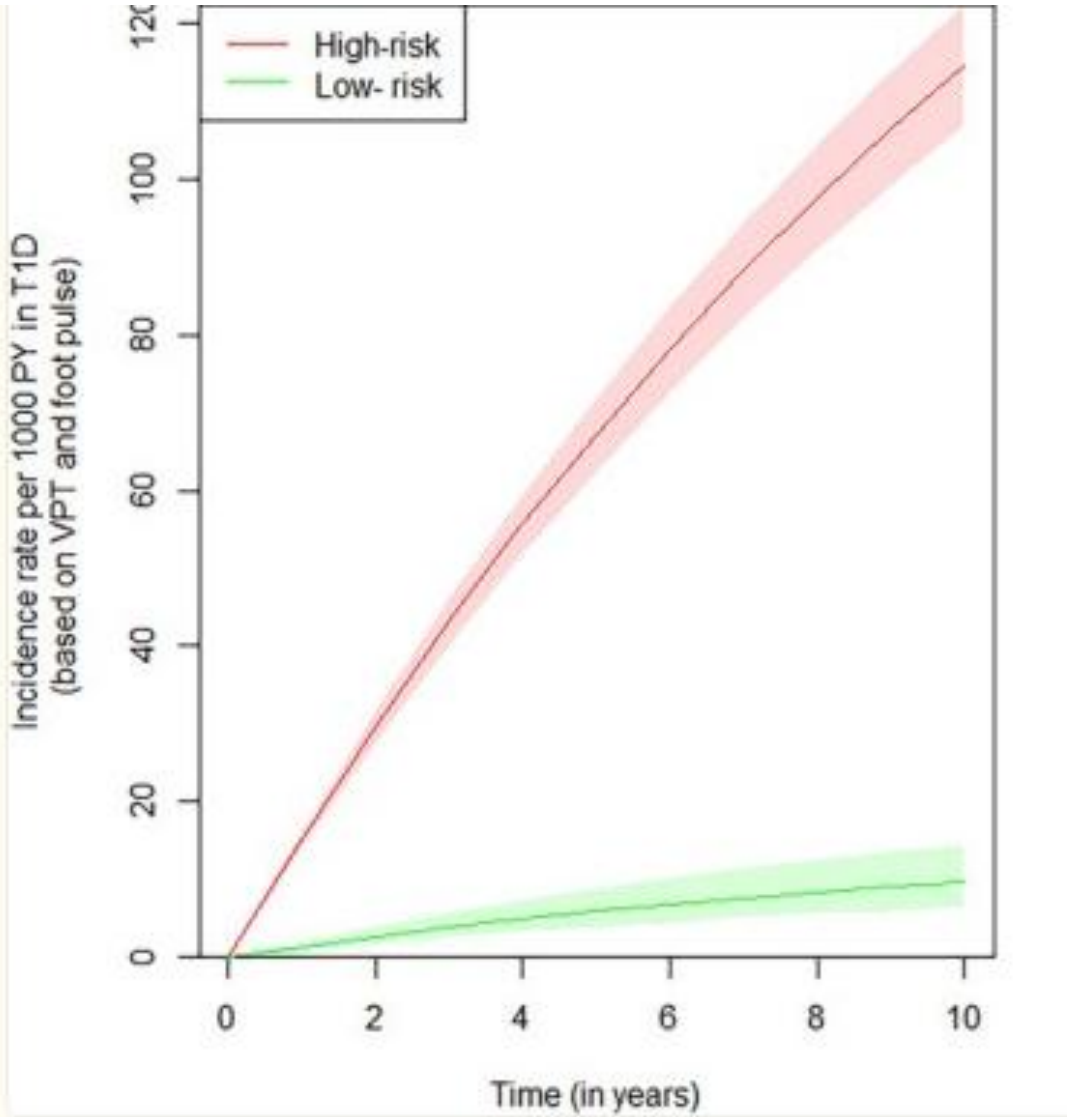
Received: 5 November 2024 | Revised: 20 December 2024 | Accepted: 5 January 2025
DOI: 10.1111/dom.16200

WILEY

RESEARCH LETTER

Cumulative risk of diabetic foot complications in risk groups of type 1 and type 2 diabetes: Real-world evidence from a 22-year follow-up study

Abhilasha Akerkar MMSc[1,2] | Pernille F. Rønn PhD[1] | Vanja Kosjerina MD[1] | Christian Stevns Hansen MD[1] | Adam Hulman PhD[3,4] | Frederik Persson MD[1] | Anne Rasmussen MSc[1] | Peter Rossing MD[1,5] | Tarunveer S. Ahluwalia PhD[1,2,6]



Supplementary Table 2: Population characteristics at baseline stratified by diabetes type and risk group, based on stratification method 1 (LOPS, PAD)

	Type 1 diabetes		Type 2 diabetes	
	High-risk	**Low-risk**	**High-risk**	**Low-risk**
Number n (%)	2735 (43.6)	3544 (56.4)	6059 (72.7)	2271 (27.3)
Age (years)*	50.9 (37.7, 61.5)	34.9 (25.0, 45.1)	63.6 (55.5, 71.6)	52.4 (43.8, 60.1)
Diabetes duration (years)*	17.5 (7.7, 28.8)	11.4 (4.0, 19.8)	9.5 (4.2, 15.4)	5.2 (1.3, 10.2)
Sex				
Men n (%)	1585 (58)	1830 (52)	3880 (64)	1204 (53)
Women n (%)	1150 (42)	1714 (48)	2179 (36)	1067 (47)

*Median (Q1, Q3)

Forslag om fodscreening hvert tredje år for personer med diabetes og lav risiko:

- ✓ Vibrationssans < 25 volt
- ✓ Bevaret fodpuls

Endvidere

- Først fodscreening efter 5 års diabetesvarighed ved type 1 diabetes

Den nye standard for type 1 diabetes:

Anbefaling for fodstatus for T1DM patienter i IWGDF-gruppe 0 (62;63):

- Screening start: 24 år (fra 18 år ved albuminuri eller moderat, svær eller proliferativ retinopati (grad 2-4)). Hos nydiagnosticerede voksne med T1DM anbefales første fodscreening inden for 2 år efter sikker typebestemmelse.

- Op til 4 års interval: IWGDF gruppe 0 (meget lav risiko), defineret ved:
  - Ingen neuropati (biothesiometri <25 V bilateralt, og ved evt. monofilamenttest normal bilateralt)
  - & Mindst én palpabel fodpuls (ADP eller ATP) bilateralt
  - & Ingen albuminuri (UACR<30mg/g)
  - & Ingen moderat, svær eller proliferativ retinopati (grad 2-4)



Hvad kan vi opnå ved at fokusere på en kvalitetsudfordring fremfor den traditionelle årsrapport?



Hver tredje patient med type 2 diabetes screenes ikke for diabetisk retinopati

Screening for diabetisk retinopati

- Hyppigste senkomplikation til diabetes
- Synstruende DR omfatter:
  - proliferativ diabetisk retinopati (PDR)
  - diabetisk makulært ødem (DME)
- Screening hindrer synstab – ved opsporing og behandling
- Screening varetages af ambulatorier/SDC **(20%)** og praktiserende øjenlæger **(80%)**
- Retningslinje 3: 2024 - opdateret med danske DiaBase data
  - betydelig forlængede og yderligere individualiserede intervaller



Peter Rossing

Sammendrag af rapporten fra DDiD og DiaBase

- For **type 1 diabetes c**a. 90% er screenet indenfor de seneste fem år.

- For 200.000 patienter med **type 2 diabetes**, som har haft sygdommen i minimum fem år findes:
- Ca. 90% af patienterne, der er i DiaBase er screenet indenfor de seneste fem år.
- MEN:
- Ca. **10% er screenet tidligere**, men ikke indenfor de seneste fem år (ca. 20.000)
- Ca. **20% af patienterne i DDiD har aldrig deltaget** i screeningsprogrammet (knapt 40.000).

- **Tilslutningen var generelt lavere blandt**:
- Patienter over 85 år og yngre end 45 år.
- Patienter, der ikke har indløst recept på diabetesmedicin indenfor det seneste år.
- Patienter, der ikke har fået målt langtidsblodsukker (HbA1c) indenfor det senest år.

Tabel I *Demografiske og kliniske karakteristika for patienter med diabetes type 2, som aldrig er øjenscreenet for diabetisk retinopati. Alle har en diabetesvarighed på min. 5 år og er i live 30.6.2024.*

	Antal	%
Total	39.538	100
Køn		
Kvinder	16.221	41
Mænd	23.317	59
Aldersgruppe (år)		
18-45	1.954	5
46-75	24.721	63
76-85	9.293	24
86-	3.570	9
Bopælsregion		
Hovedstaden	12.949	33
Sjælland	6.718	17
Syddanmark	7.302	18
Midt	8.197	21
Nordjylland	4.247	11
Uoplyst	125	<1
Diabetesvarighed (inklusionsår)*		
2005	2.871	7
2006-2010	6.655	17
2011-2015	13.226	33
2016-2020	16.786	42
HbA1c (mmol/mol) seneste måling 12 mdr.		
≤48,0	15.792	40
48,1-53,0	6.720	17
53,1-69,9	8.198	21
70,0-79,9	1.442	4
≥80	1.669	4
Ingen måling	5.717	14
Farmakologisk behandling 12mdr.*		
A10A	540	1
A10B	27.402	69
A10A og A10B	3.171	8
Ingen recepter	8.425	21
Insulin		
Aldrig insulin	34.311	87
Insulin nogensinde	5.227	13
HbA1c≥48 mmol/mol*		
2 HbA1c≥48 i træk	37.028	94
Ej 2 HbA1c≥48 i træk	2.510	6
Opfølgning sygehus <18 mdr.*		
Ja	1.456	4
Nej	38.082	96

Mulige tiltag?

- Personlig indkaldelse via e-Boks
  - Opfordring til at søge øjenlæge
- (Elektronisk) Vandrejournal
  - Udvikling af app

- Screening hos egen læge
  - Betydelige omkostninger for egen læge
  - Ca. 60% behandles for anden øjensygdom
- Optikere, apoteker, biblioteker
  - Betydelige omkostninger for sundhedsvæsenet
  - Ca. 60% behandles for anden øjensygdom

Mulige tiltag?

Claus Richter, direktør for Diabetesforeningen:

”Det er på alle måder en menneskelig tragedie, men også en dyr regning for samfundet, fordi behandlingen af alvorlige følgesygdomme er langt dyrere end at **forebygge** dem.”

”I dag skal patienter med type 2-diabetes **selv bestille tid** hos øjenlægen til at blive undersøgt.”

”Fremover bør det være **den praktiserende læge**, der sørger for, at det sker, og at der bliver fulgt op, mener Claus Richter.

Ny strategi for de kliniske databaser – fra viden til virkning i kvalitetsarbejdet

Charlotte Glümer,
Kommunal forperson for Dansk Hjerterehabiliterings database (DHRD)
læge, PhD, MPG
Centerchef, Center for Diabetes, Hjerte- og Lungesygdomme

DAGSORDEN

Hvad kommer jeg ind på

01

Sundhedsreformen

Hvad ser vi ind i?

02

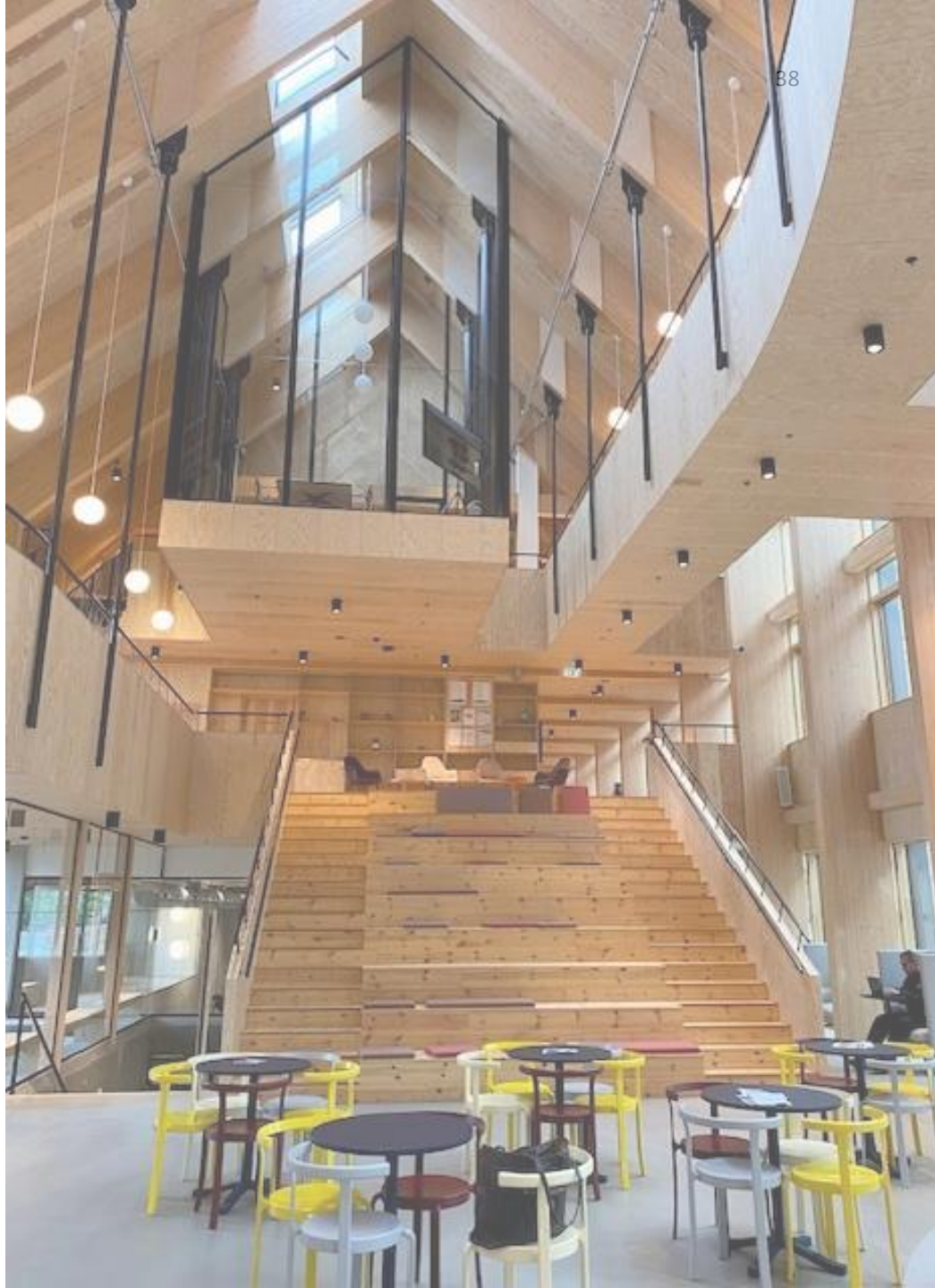
Databasestrategien

SundK's nye retning for de kliniske kvalitetsdatabaser

03

Koblingen

Hvad det kalder på af data, analyser og samarbejde



Københavns Kommune

SUNDHEDSREFORMEN 2024

Sundhedsreformen

Nærhed
Omstilling til det nære sundhedsvæsen

Lighed
Høj kvalitet uanset hvor man bor

Sammenhæng
Mere samlet ansvar for hele forløbet

En meget visionær reform – der skaber gode rammer



BEVÆGELSER I SUNDHEDSVÆSENET

Aktuelle bevægelser → kulturforandring

FRA		TIL
patient	→	**population**
behandling	→	**forebyggelse**
fragmentering	→	**sammenhæng**
standardløsning	→	**differentiering**
fysisk fremmøde	→	**fleksible og digitale løsninger**
centralisering	→	**mere nærhed**

Kan data og kvalitetsarbejde hjælpe os?

DATABASESTRATEGIEN

SundK's databasestrategi 2027–2029

Patienternes perspektiver

Systematisk brug af PROM: funktionsevne, symptomer og livskvalitet

Hvad er kvalitetsudfordringen?

Hele populationen og hele forløbet på tværs af sektorer

Fokuseret kvalitetsudvikling

1–3 fokusområder, løbende opfølgning og kun data, der skaber værdi

»Hvad ønsker vi at forbedre?« – og ikke »hvad ønsker vi at måle?«

Kilde: SundK, udkast til strategi for de kliniske kvalitetsdatabaser 2027–2029 (endelig version forventes ultimo 2026 efter høring)

Reform og strategi peger samme vej

BORGERNE HAR BRUG FOR	SUNDHEDSREFORMEN	SUNDK-STRATEGIEN
Ét forløb	Mere samlet ansvar for patientforløbet	Udgangspunkt i det samlede forløb på tværs af sektorer
Lige kvalitet	Høj kvalitet uanset bopæl	Høj og ensartet kvalitet med fokus på ulighed
Hjælp tæt på	Omstilling til det nære sundhedsvæsen	Hele populationen – ikke kun sygehusdelen
Effekt	Investeringer skal vise resultater	Få fokusområder med løbende opfølgning

KONSEKVENSEN

Hvad kalder det på ?

Borgernes perspektiv

Indikatorer, der beskriver borgernes perspektiver (PRO)

Data fra alle sektorer

Data kommer ind fra alle de sektorer, der ser borgeren

Nye analyser

Analyserne ændres – fra enkeltepisoder til forløbsanalyser

Lærende kultur

Databaserne åbner op og finder løsninger sammen i et ligeværdigt samarbejde

Fælles læring

Vi sundhedsprofessionelle sætter fokus på, hvordan vi lærer i fællesskab

FRA VIDEN TIL VIRKNING

Data skal bruges til forbedring – sammen

EKSEMPEL: HJERTEOMRÅDET I KØBENHAVN

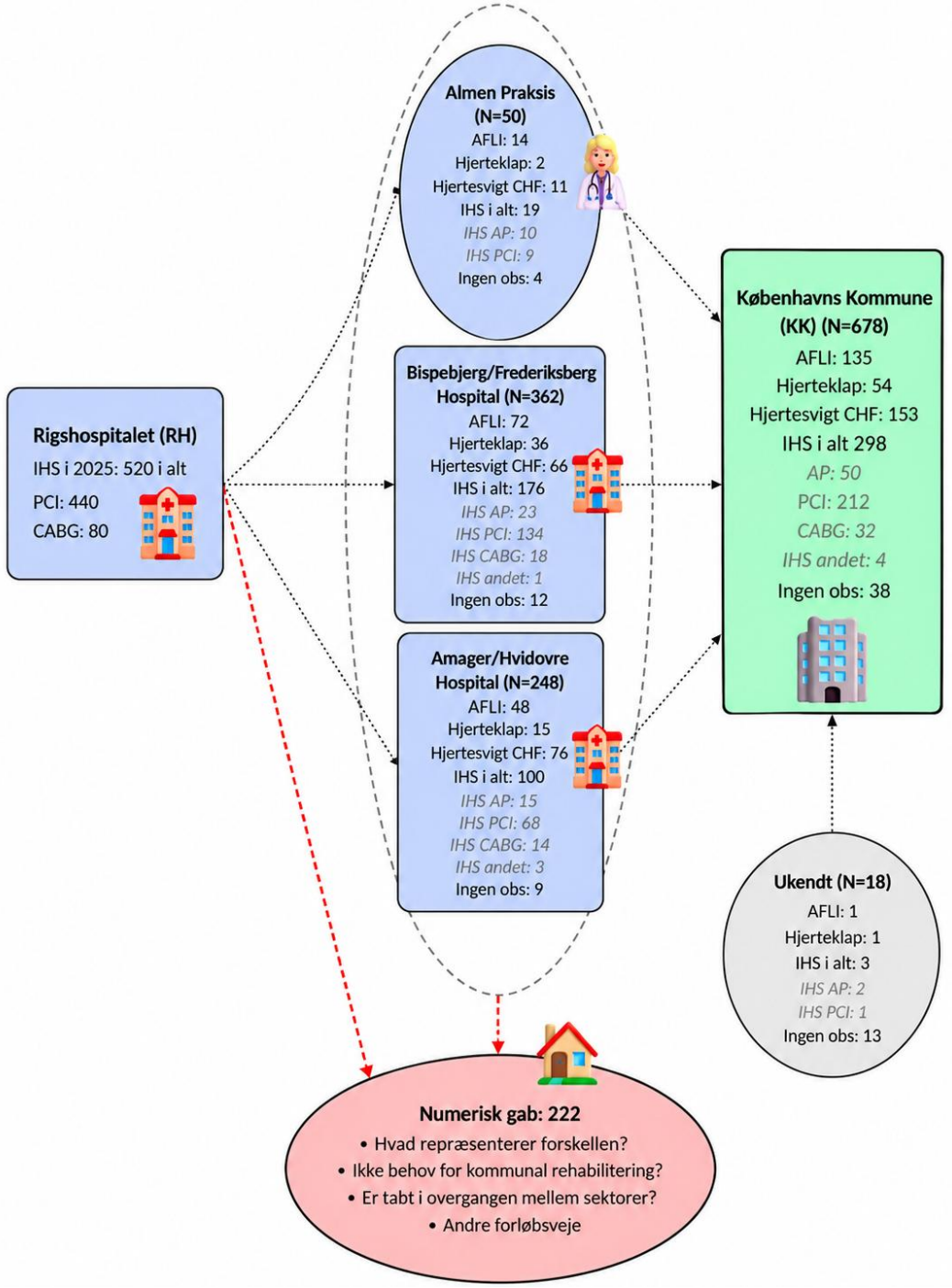
Forløbsblik

520 patienter med iskæmisk hjertesygdom på Rigshospitalet i 2025

298 registreret med iskæmisk hjertesygdom i Københavns Kommune

222 **numerisk gab – hvad repræsenterer forskellen?**

Ikke behov for kommunal rehabilitering? Tabt i overgangen mellem sektorer? Andre forløbsveje?



Tak for jeres opmærksomhed
Spørgsmål eller kommentarer?

