National klinisk audit 2022
Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister

Afholdt tirsdag den 26. april kl. 10.00 – 15.30

Sted: Odense Universitetshospital indgang 93, 11.sal

Deltager: Deltagerlister bagerst

Bilag: DNSL Årsrapport 2021

Dato: 04.05.22
Ans.: Esra Öztoprak
t: + 24969387
e: ESROEZ@rkkp.dk

DAGSORDEN

1. **Velkomst v/ Helle Charlotte Theisson**

   Helle Thiesson, formand for databasen bød styregruppen velkommen og orienterede omkring de afbud der er kommet til mødet. Deltagerliste er bagerst.

2. **Præsentation af datagrundlag i årsrapporten v/ Gitte Juel Holst**

   Der er overordnet ikke sket strukturelle eller layoutmæssigt ændringer i aktuelle rapport.
   Dækningsgraden er tilfredsstillende højt - 96 % og viser, at størstedelen af patienter i aktiv behandling for nyresvigt indgår i databasen.
   Det er første gang der er en reel dækningsgrad med i rapporten.

   I oversigten over antal patienter i opgørelsesårene 2000-2020 mangler nogle antal for 2000, 2005 og 2010. Kristine vil finde antallene og sende dem til Gitte, så de kan indgå i tabellen.
   Datakompletheden – registreringskvaliteten i databasen er meget tilfredsstillende.

   Der var en drøftelse af om tallene i rapporten må præsenteres på generelsamlingen i maj. Hertil anførte RKKP-teamet, at rapportens indhold er fortroligt indtil offentliggørelsen 30. juni 2022. Rapportens indhold kan derfor først formidles efter offentliggørelsen og hertil blev det nævnt kan det kan præsenteres ved årsmødet i september måned.
   Bjarne anførte, at aktualiteten af data materialet kan være mindre, hvis det først bliver præsenteret ved september mødet.
   Konklusionen på drøftelserne blev – Kristine laver et oplæg til generelsamlingen i maj, hvor kun refererer til hovedkonklusionerne i rapporten og ikke går ind i detaljer omkring, opfyldelsesgraden for

de enkelte afdelinger.

3. Præsentation af populationstabeller og indikatorresultater i årsrapporten 2021 v/ Gitte Juel Holst

Indkomne kommentarer fra styregruppen til udkast af årsrapporten blev gennemgået i fællesskab. De afsnit som er styregruppens ansvar tilretter Kristine efter mødet.

Populationstabeller
Der er et ønske om, på sigt at medtage MMU patienter med, som sub-population af CKD populationen.

Indikator 1 Planlagt dialyseopstart
Opfyldt på national og regionalplan. To centre - Esbjerg, Fredericia og Kolding opfylder ikke standarden på ≥60%. For mange centre er der sket en forbedring af opfyldelsen i forhold til sidste år.
Man har for denne indikatoren tidligere talt om, hvorvidt det skal opgøres på tidligere henviste.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≥60% bibeholdes.

Indikator 2 Tidlig henvisning til nefrologisk behandling
Opfyldt på national og regionalplan. Flere centre opfylder ikke standarden - Bornholm, Fredericia og Kolding. Disse afdelinger har en selekteret patientpopulation af akutte patienter.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden bibeholdes.
På sigt er der et ønske at lave en kombination af indikator 1 og 2, som fokuserer på andelen af patienter som er henvist tidligt til nefrologisk afdeling og er opstartet akut i dialysebehandling

Indikator 3 Mortalitet hos patienter i hæmo- og peritionaldialyse
Overordnet er standarden opfyldt ≤ 25%. Et enkelt center opfylder ikke standarden – Nykøbing Falster som mangler tværfaglig (nefrologere) dækning og har generelt en meget syg patientgruppe uafhængig af alder.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≤ 25% bibeholdes.
På sigt er der ønske om at opgøre andelen af prævalente dialysepatienter som får blodforgiftning, idet fokus på at nedsætte forekomsten af blodforgiftning vil kunne influere på patienternes mortalit.
Fra næste årsrapport slås Nykøbing Falster og Roskilde sammen til én afdeling.

Indikator 4 Et-års graftoverlevelse efter transplantation
Indikatoren er opfyldt national, regional og i alle centre.
Kontroldiagrammet på regionalniveau giver mening, at have på centreniveau – dette ændres.
Der er en diskrepans mellem antallene af førstegangstransplanterede patienter beskrevet i forskellige tabeller. Det korrekte antal skal klarlægges, og antallene i tabellerne rettes til derefter.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≥ 90% bibeholdes. Formuleringen i afsnittet 'vurdering af indikatoren' bør ændres så formålet med indikatoren ikke fremgår som 'patientovervågning' idet dette jævnfør Bekendtgørelsen for kliniske kvalitetsdatabaser ikke må være hovedformålet med en indikator. Kontroldiagrammet skal ændres til centerniveau.

Indikator 4b 5-års graftoverlevelse efter transplantation
Indikatoren er opfyldt national, regionalt og i alle centre.
Donerpopulationen er blevet ældre men dette har dog ikke påvirket kvaliteten.
Donorindex med oplysninger om donorerne kan give mulighed for at sammenligne vilkårene for indikatoropfyldelse over tid.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≥ 75% bibeholdes
Selvom indikatoren år efter år er opfyldt bliver præmisserne dog anderledes over tid, hvilket taler for fortsat at monitorere indikatoren i databasen og eventuelt i kombination med en supplerende tabel med donoroplysninger. Formuleringen i afsnittet 'vurdering af indikatoren' vedr. 'patientovbervågning' jf. kommentar ovenfor bør ændres. Kontroldiagrammet skal ændres til centreniveau.

Indikator 5 Et-års patientoverlevelse
Nationalt er standarden opfyldt. På rigshospitalet foretages som det eneste sted i landet dobbelt transplantation, hvilket betyder en gruppe patienter nyretransplanteres med forventet højere morbiditet og mortalitet.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≥ 96% bibeholdes. Formuleringen i afsnittet 'vurdering af indikatoren' vedr. 'patientovbervågning' jf. kommentar ovenfor bør ændresKontroldiagrammet skal ændres til centerniveau.

Indikator 5B 5-årsoverlevelse
Flot opfyldelse nationalt og regionalt.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≥ 85% bibeholdes. Formuleringen i afsnittet 'vurdering af indikatoren' vedr. 'patientovbervågning' jf. kommentar ovenfor bør ændres.

Kontroldiagrammetgrafen skal ændres til centerniveau.

Indikator 6 Peritonitis hos patienter i peritinealdialyse
På landsplan er indikatoren opfyldt og regional opfylder kun Hovedstaden og Nordjylland indikatoren. Fra næste rapport implementeres en ekstra kolonne - Antal peritonitis-tilfælde i tælleren og risikotid i nævneren.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≤ 50 per 100 personår bibeholdes. Beregningsreglen omformuleres for denne indikator i denne årsrapport mhp. at skabe klarhed omkring indikatoropgørelsen med henvisning til de supplerende opgørelser i Appendix, som danner udgangspunkt for raterne opgivet i indikatortabellen.

Indikator 7 Mortalitet hos incidente/nystartede peritoneal- og hæmodialysepatienter
Standarden for denne indikatoren er opfyldt på nationalt- og regionaltniveau. Der har været en stabil opfyldelse af denne indikator en del år.

Beslutning: Indikatoren vurderes fortsat relevant og standarden på ≤ 25% bibeholdes.

4. **Drøftelse af one-pager til Ugeskrift for Læger v/Kristine Hommel og Gitte Juel Holst**
   Kristine har rundsendt et udkast til en one-pager. Udkastet er godkendt af gruppen og den sendes videre til redaktionen. Gitte foreslog, at man næste år kan fokuserer på CKD-udvidelsen.

5. **Status for CKD-udvidelse v/Gitte Juel Holst**
   Ved seneste udviklingsmøde foreslog arbejdsgruppen en række indikatorer. Disse skal nærmere specificeres. RKKP-teamet indkalder Kristine til et møde mhp. drøftelse og nærmere specificering af indikatorerne.

6. **Overvejelser vedr. udvikling af nye indikatorer med data fra Miba v/Esra Öztoprak**
   Dette drøftes også ved mødet med Kristine.

7. **Nyt fra RKKP v/ Esra Öztoprak**
   Ifølge de nye rammer for arbejde i databasestyregrupper, er det et krav, at styregruppemedlemmer skal deltage i alle styregruppemøder. Hvis et medlem ikke deltager i to møder i træk skal der udpeges

en ny.

RKKP har inviteret alle databasestyregrupper til webinar, hvor de nye rammer for arbejde i databasestyregrupper vil blive præsenteret. Mødet afholdes den 4. maj, hvor flere DNSL styregruppemedlemmer skal til et nefrologisk arrangement og vil desværre derfor ikke kunne deltage i mødet. Esra fremsender rammebeskrivelsen til gruppe.

8. Opsamling og aftaler, herunder;

Tidsplan frem til offentliggørelse:

Uge	Dato	Aktivitet	Ansvarlig/bemærkning
20	16.05.2022	Deadline for levering af indledende afsnit og kommentarer til indikatorresultater til epidemiolog	Styregruppen
21	23.05.2022	Årsrapporten udsendes til kommentering og endelig godkendelse i styregruppen.	Gitte og Esra
22	30.05.2022	Deadline for styregruppens godkendelse af årsrapporten	Styregruppen
22	01.06.2022	Årsrapporten udsendes til kommentering hos regionerne (høringsproces)	Esra
22	01.06.2022	Foreløbigt årsrapportdatasæt udsendes til regionale ledelsesinformationssystemer	Morten
26	29.06.2022	Deadline for regional kommentering af årsrapporten	Regionerne
26	30.06.2022	Regionale kommentarer indsættes i årsrapporten og denne anonymiseres.	Gitte og Esra
26	01.07.2022	**Den anonymiserede årsrapport offentliggøres på Sundhed.dk** Årsrapporten sendes også til styregruppen og de regionale kontaktpersoner.	Esra
26	01.07.2022	Endeligt årsrapportdatasæt udsendes til regionale ledelsesinformationssystemer	Morten

9. **Evt.**
   Kristine orienterede omkring endelig version af TOPICA er testet og virker fint.

NAVN	DELTAGER	AFBUD
Helle Charlotte Theisson Overlæge, ph.d., (Formand	Deltog	
Johan Vestergaard Poulsen Overlæge		Afbud
Bjarne Ørskov	Deltog	
Søren Schwartz Sørensen Overlæge		Afbud
Kristine Hommel, Overlæge Registeransvarlig	Deltog	
Tom Buur, Overlæge		Afbud
Line Aas Mortensen, Akademisk Sekretær		Afbud
Malene Madsen Patientrepræsentant		Afbud
Gitte Juel Holst Epidemiolog	Deltog	
Morten Sverdrup-Jensen Datamanager	Deltog	
Esra Öztoprak Kvalitetskonsulent og repræsentant for den Dataansvarlige Myndighed (Region Midtjylland)	Deltog	