



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Implementering af 'Udviklingsmål' og fokuseret indikatoranalyse i de kliniske kvalitetsdatabaser

Klinisk Kvalitet, Aalborg den 31. okt. 2024

Else Helene Ibfelt og Christina M. Stapelfeldt, RKKP



Fokuseret kvalitetsudvikling

Databaser der gør en forskel

- RKKP's databaseportefølje skal afspejle vigtige områder i sundhedsvæsenet, så den repræsenterer både de specialiserede og de bredere sygdomsområder.
- RKKP skal være tydelig på principper for databaserne og beskrive, hvad der er vigtigt for, at en kvalitetsdatabase er effektiv og anvendelig.
- Databaseporteføljen skal justeres løbende ved transparente processer, og etablering af nye databaser skal optimeres.

Det samlede patientforløb

- RKKP skal belyse kvaliteten i centrale dele af patientforløbet og understøtte, at patienterne får behandling af høj, ensartet kvalitet, uanset hvor de behandles.
- De kliniske kvalitetsdatabaser skal bidrage til kvalitetsudvikling med udgangspunkt i sundhedsvæsenets samlede populationsansvar på tværs af sektorer.
- RKKP skal understøtte den igangværende transformation af sundhedsvæsenet, herunder styrkelsen af det nære sundhedsvæsen.

Relevant kvalitetsmåling

- Kvalitetsmålingen skal omfatte områder, der er vigtige for patienter og klinikere, herunder indeholde data direkte fra patienterne, inklusiv PROM.
- Målingen skal afspejle sundhedsvæsenets ambition om differentierede tilbud, fælles beslutningstagen og øget egenomsorg.
- Udviklingsmålene (standarderne) skal være realistiske og ambitiøse. Der skal løbende tages stilling til behov for justering af indikatorsæt og udviklingsmål.

3. Relevant kvalitetsmåling

Indsats i 2024

Forventet resultat 2024

3.1. Strategi på PRO-området:

Afklaring af strategi for yderligere inklusion af PROM i de kliniske kvalitetsdatabaser. Der arbejdes fortsat med at implementere PROM i takt med beslutninger i den regionale PRO-styregruppe.

Beslutning i RKKP's bestyrelsen om hvorvidt der skal arbejdes med PRO(M) på andre områder og måder end de, der besluttes i den regionale PRO-styregruppe.

3.2. Databaseudvikling:

I forbindelse med den årlige gennemgang af indikatorer tages stilling til: #1 balance mellem ressourceforbrug og gevinst for patienten, #2 behov for udvikling for at sikre et planlægnings- og prioriteringsgrundlag, #3 identifikation af 2-3 aktuelle indikatorer med ambitiøse udviklingsmål, som er målrettet fokuseret kvalitetsudvikling (Pilotprojekt i enkelte databaser i 2024).

#1 model til vurdering af databasers opbygning og indikatorvalg med fokus på balance mellem ressourcetræk og gevinst for patienterne. Modellen anvendes i første omgang på databaser under opbygning.
#2 Grundlag for planlægning af udviklingsaktiviteter, så ressourcerne i Videncentret bruges relevant.

#3 Indsatsen vil afdække mulighederne for at forstærke databasens potentiale til at skabe forandring og forbedring ved at styregruppen identificerer de handlinger, som er nødvendige handlinger for en kvalitetsforbedring og ved at styregruppen påtager sig et ansvar for, at kvaliteten udvikles på de udpegede områder.

Principper for et godt indicatorsæt

- Består af gode individuelle indikatorer:
Kvalitetskritisk, forbedringspotentiale, handlingsanvisende
- Belyser væsentlige aspekter i patientforløbet
- Operationelle kvalitetsmål, identificeret med tanke på ressourcer i Sundhedsvæsenet
- Antal indikatorer som kan analyseres og diskuteres grundigt på årlige nationale kvalitetsaudit (typisk 5-15)
- Opdateres løbende i relation til faglig udvikling, retningslinjer og opnåelse af kvalitetsmål på tværs af afdelinger og geografier

Standarder bliver til udviklingsmål

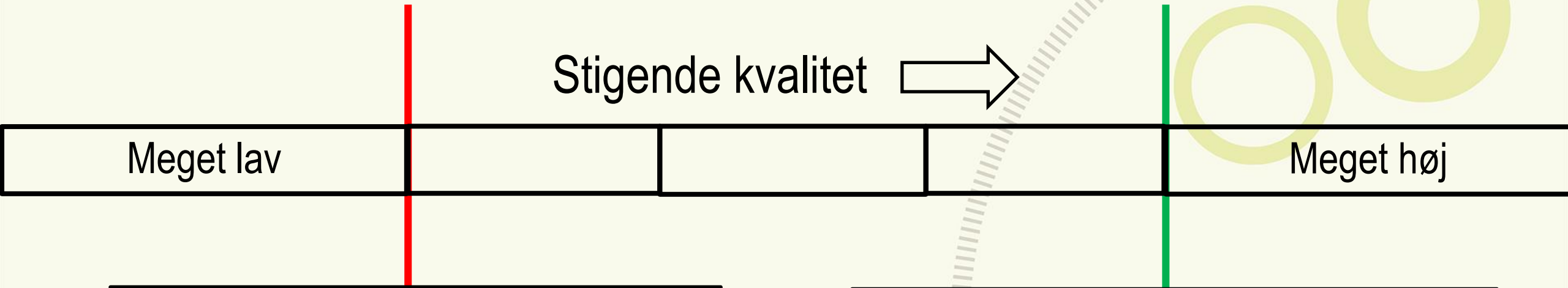
Standarder: Har haft flere fortolkninger

- *”Fremtidigt kvalitetsmål”*
- *”Grænsen mellem det acceptable/uacceptable niveau”*
- *”Grænsen mellem det forsvarlige/uforsvarlige”*

Udviklingsmål: Udtrykker det fagligt ønskværdige niveau, som tilstræbes via kvalitetsforbedringer.

- Udviklingsmål skal være ambitiøse og realistiske.

Standarder vs. udviklingsmål



Hvis standarden var en rød linje:

Lavere ambitionsniveau.

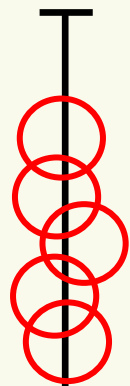
Høj grad af målopfyldelse, dvs. ikke-opfyldelse forekommer sjældent.

Når standarden er en grøn linje dvs. et udviklingsmål:

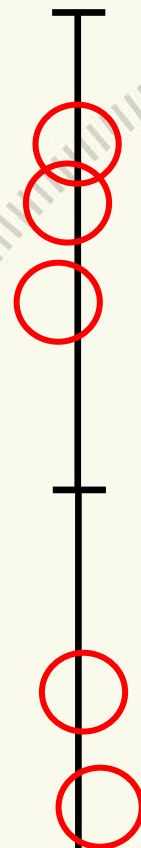
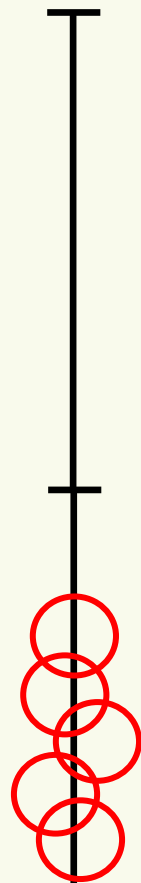
Højt ambitionsniveau.

Lavere grad af målopfyldelse, dvs. ikke-opfyldelse forekommer hyppigt.

Udviklings-
mål opfyldt



Udviklings-
mål ikke
opfyldt



Drop denne indikator? Er udviklingsmålet
Flyt udviklingsmålet? realistisk?

Påpeg muligheden
for forbedring

Flyt
udviklingsmålet?

Hvordan betragter RKKP udviklingsmål?

- Et udviklingsmål er det, der evalueres i forhold til, når en sundhedsydelses kvalitet vurderes.
- Niveauet fastsættes af styregruppen
 - På baggrund af evidens, kendt praksis, ekspertkonsensus, værdier eller andre målsætninger.
 - Det anbefales, at udviklingsmål fastsættes som udtryk for det fagligt ønskværdige niveau.
 - Kendte barrierer for opfyldelse af målet (ressourcer, strukturer), kan med fordel drøftes og indgå i fortolkning, men bør ikke være styrende i fastsættelsen af udviklingsmålet.
 - Det frarådes at fastsætte udviklingsmål på baggrund af målte aktuelle værdier (eks. median)

Fokuseret kvalitetsudvikling

- Vælg 2-3 indikatorer som er de aktuelt mest kvalitetskritiske, og hvor data viser et forbedringspotentiale.
- Fastsæt ambitiøse (grøn linje) udviklingsmål for disse 2-3 indikatorer (måske er de allerede ambitiøse 😊).
- Anvis forbedringsstrategi. Organisation? Processer? Hvad skal gøres? Hvem kan gøre det? Hvor hurtigt?
- Tag et ansvar for at kvaliteten udvikles.
- Følg op i styregruppen.

RKKP vil gerne præge i retning af...

- Større fokus på trendudvikling og seneste års indikatorresultater
 - Hvilke kommuner/afdelinger/regioner har oplevet en fremgang siden tidligere opgørelsesperioder
 - Hvordan er fremgang evt. er opnået.
 - ➔ Afrapportering og fortolkning skal væk fra ja/nej, grøn/rød mv.
- Fokus på opfølgning af resultater ift. at skabe forbedring



Pilotprojekt i 2024: Udviklingsmål og fokuseret kvalitetsudvikling

- Formålet er at opnå erfaring med implementering af udviklingsmål og fokuseret kvalitetsudvikling i udvalgte databaser på tværs af de tre databaseafdelinger.
- Databaser: DANARREST, Dansk Prostata Cancer Database, Dansk Blære Cancer Database, Dansk Register for Astma



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Udviklingsmål og fokuseret kvalitetsudvikling i DANARREST

Klinisk Kvalitet 2024, Aalborg d. 31. oktober 2024

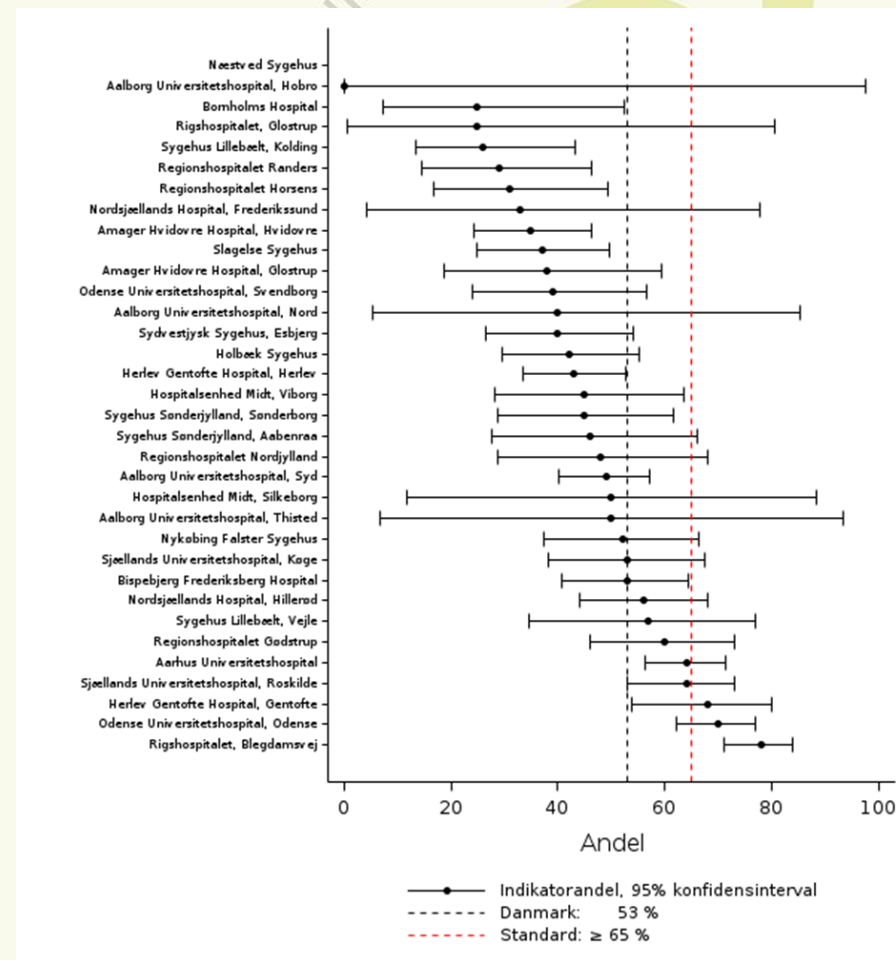
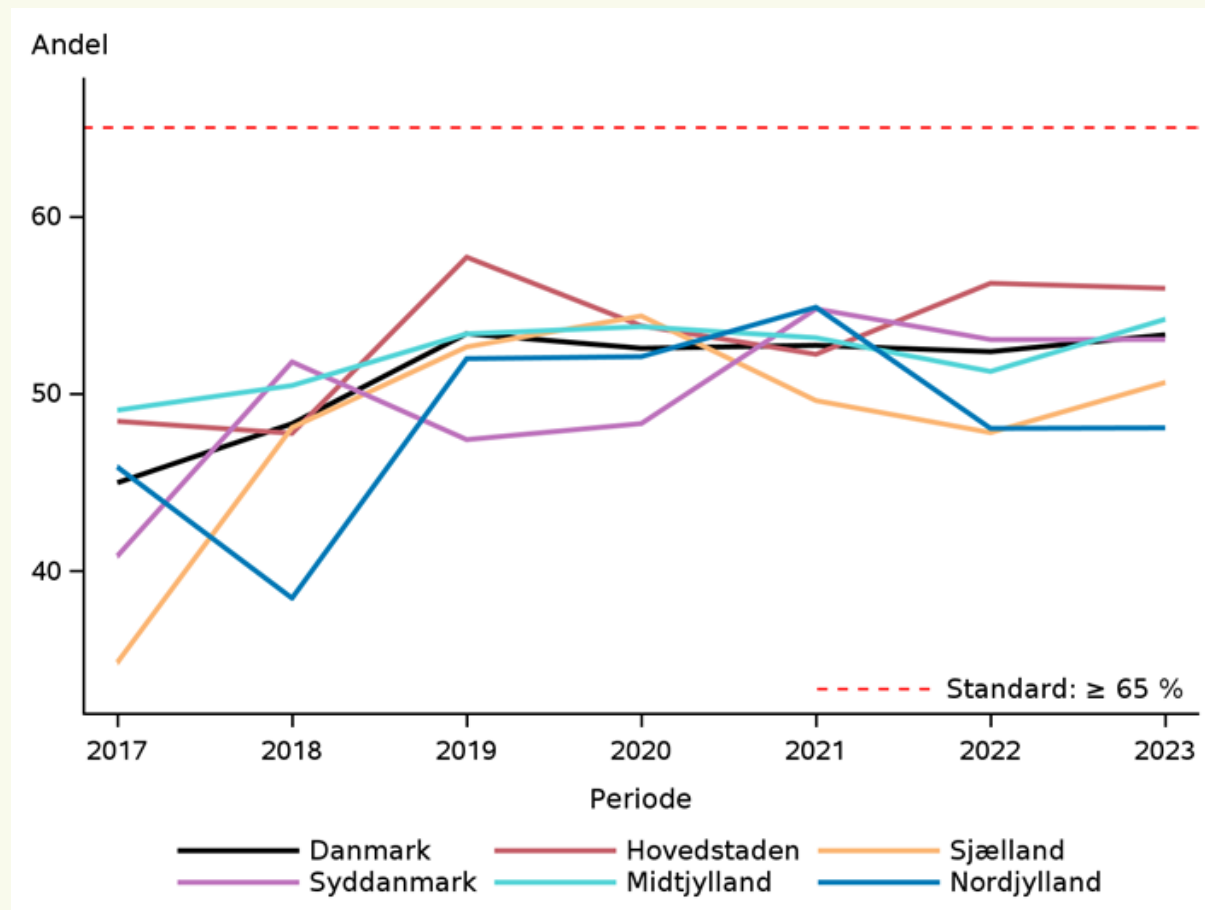
Camilla Plambeck Hansen, seniorepidemiolog i RKKP

DANARREST: Udviklingsmål

- Gennemgang af databasens indikatorsæt på udviklingsmøde (september)
- Fastsættelse af udviklingsmål for alle indikatorer
- Kommunikation om nye udviklingsmål via nyhed fra databasen (primo november)

Indikator	Type	Standard
Indikator 1: Andel af patienter med bevidnet hjertestop.	Proces	≥ 85 %
Indikator 2: Andel af patienter, der var med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestop.	Proces	≥ 65 %
Indikator 3: Andel af patienter, hvor tid fra erkendelsen af hjertestop til start af hjertelungeredning var ≤ 1 minut.	Proces	≥ 95 %
Indikator 4: Andel af patienter, hvor tid fra erkendelsen af hjertestop til påbegyndt hjerterytmeeanalyse var ≤ 2 minutter.	Proces	≥ 75 %
Indikator 5: Andel af patienter med genoprettet egencirkulation.	Resultat	≥ 55 %
Indikator 6: Andel af patienter, som overlever mindst 30 dage efter hjertestop.	Resultat	≥ 30 %
Indikator 7: Andel af patienter, som overlever mindst 1 år efter hjertestop.	Resultat	≥ 20 %

Indikator 2: Andel af patienter, der var med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestop



Indikator 2: Andel af patienter, der var med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestop

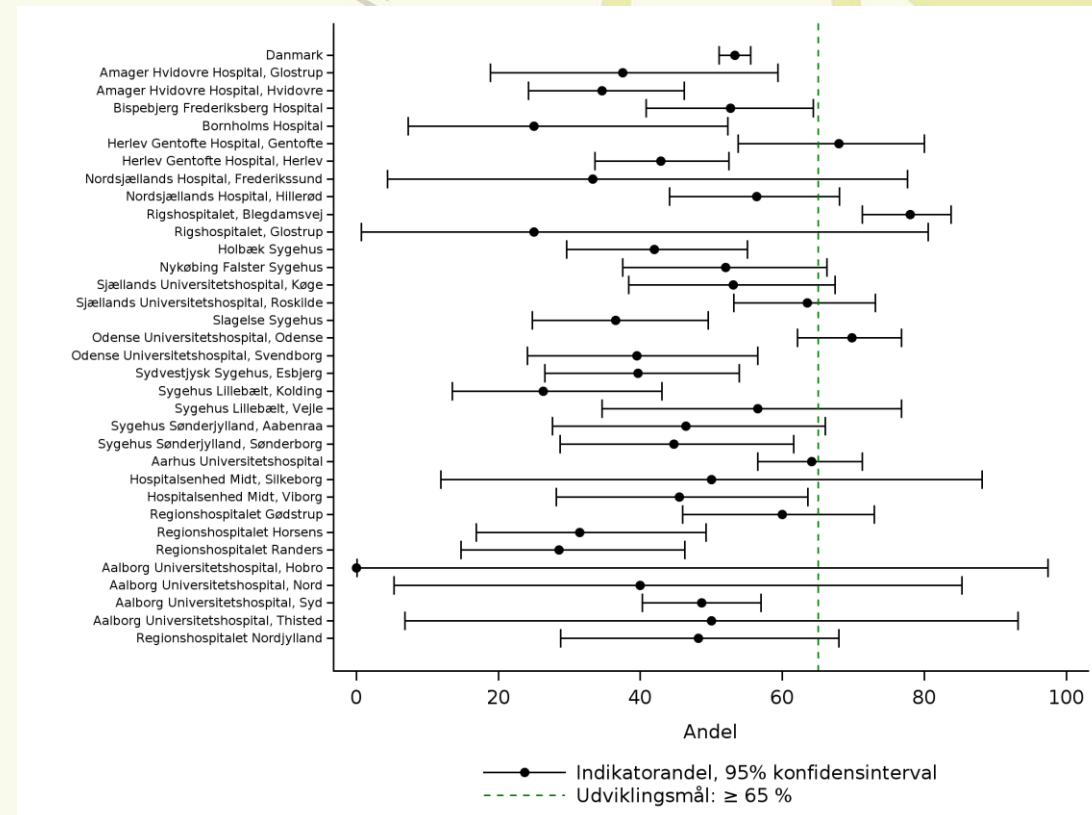
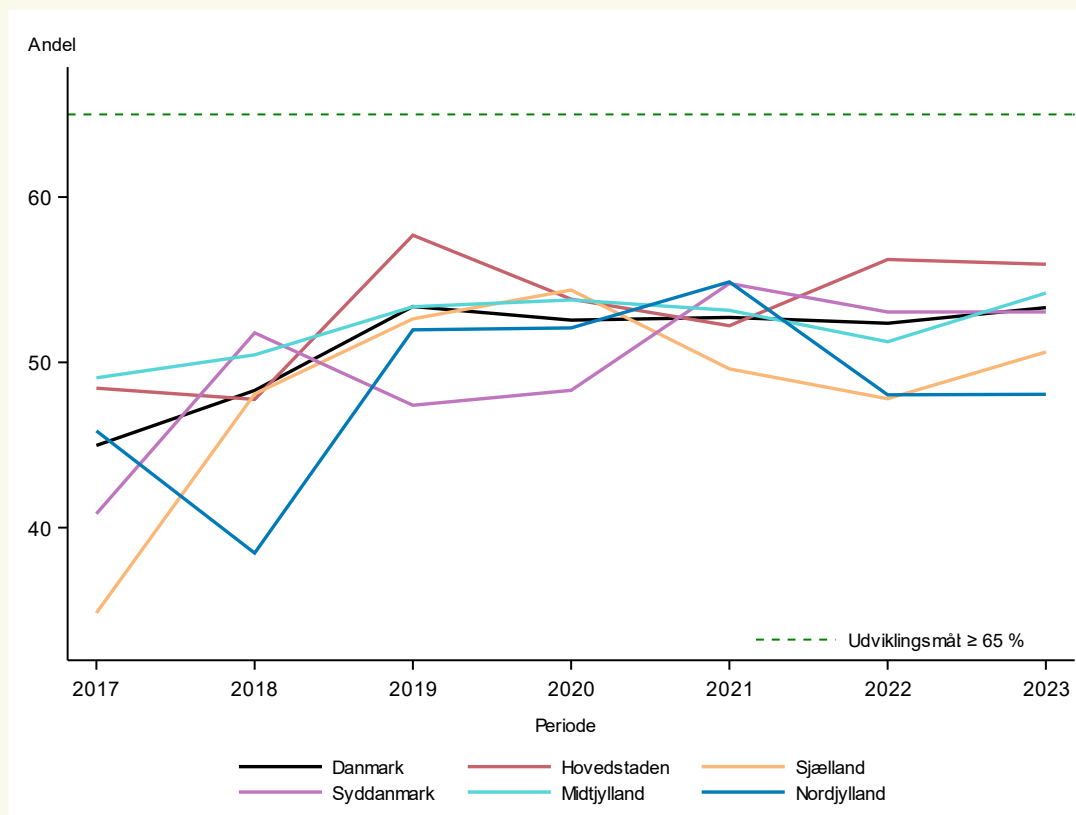
Valg af udviklingsmål

Svenske data angiver at andelen af patienter med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestoppet er 51%, mens japansk data angiver 78%. Amerikansk data angiver 85%, men inkludere udover EKG-monitorering også monitorering med apnø/bradykardi alarmer og pulsoximetri. I studier, der har ekskluderet intensivafdelinger, er andelen af patienter med hjertestop, der var monitoreret, blevet rapporteret til at være 18% (Canada), 65% (USA) og 57% (Korea). Det tyder således på, at der er stor variation mellem lande og formentlig også mellem hospitaler, hvilket bl.a. vil være påvirket af antallet af kardiologiske og intensivafdelinger. [Referencer: Se evidensrapport samt dokument vedr. udviklingsmål på databasens hjemmeside]

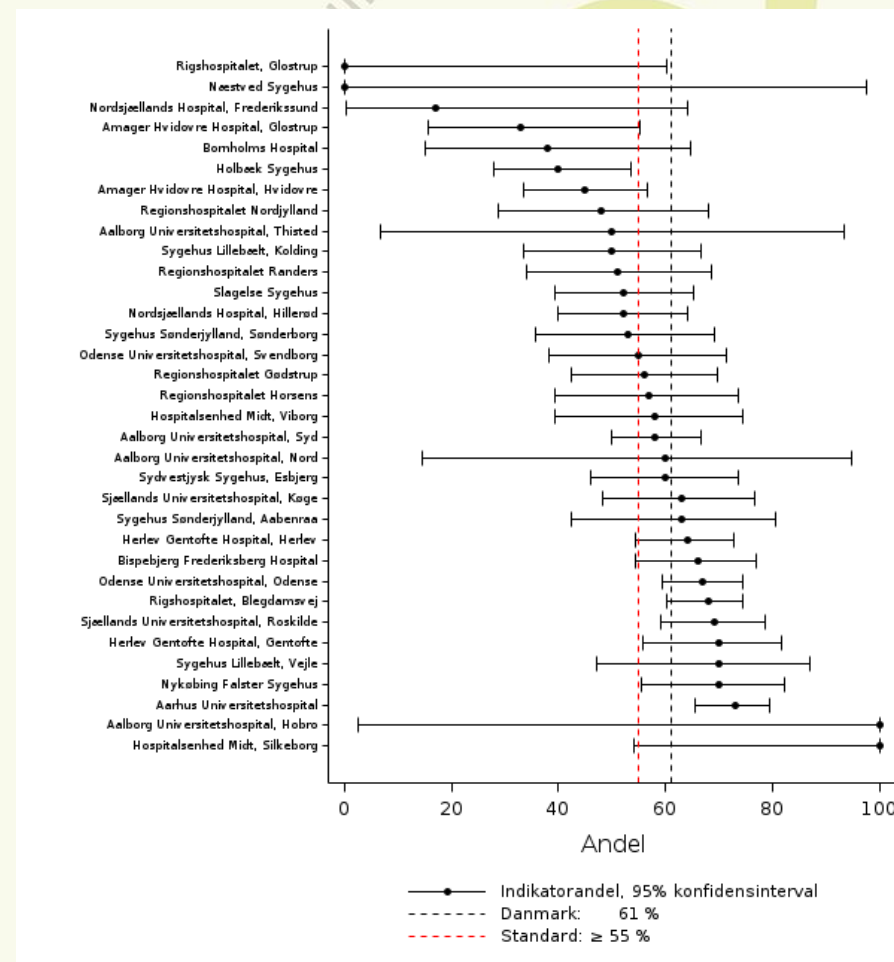
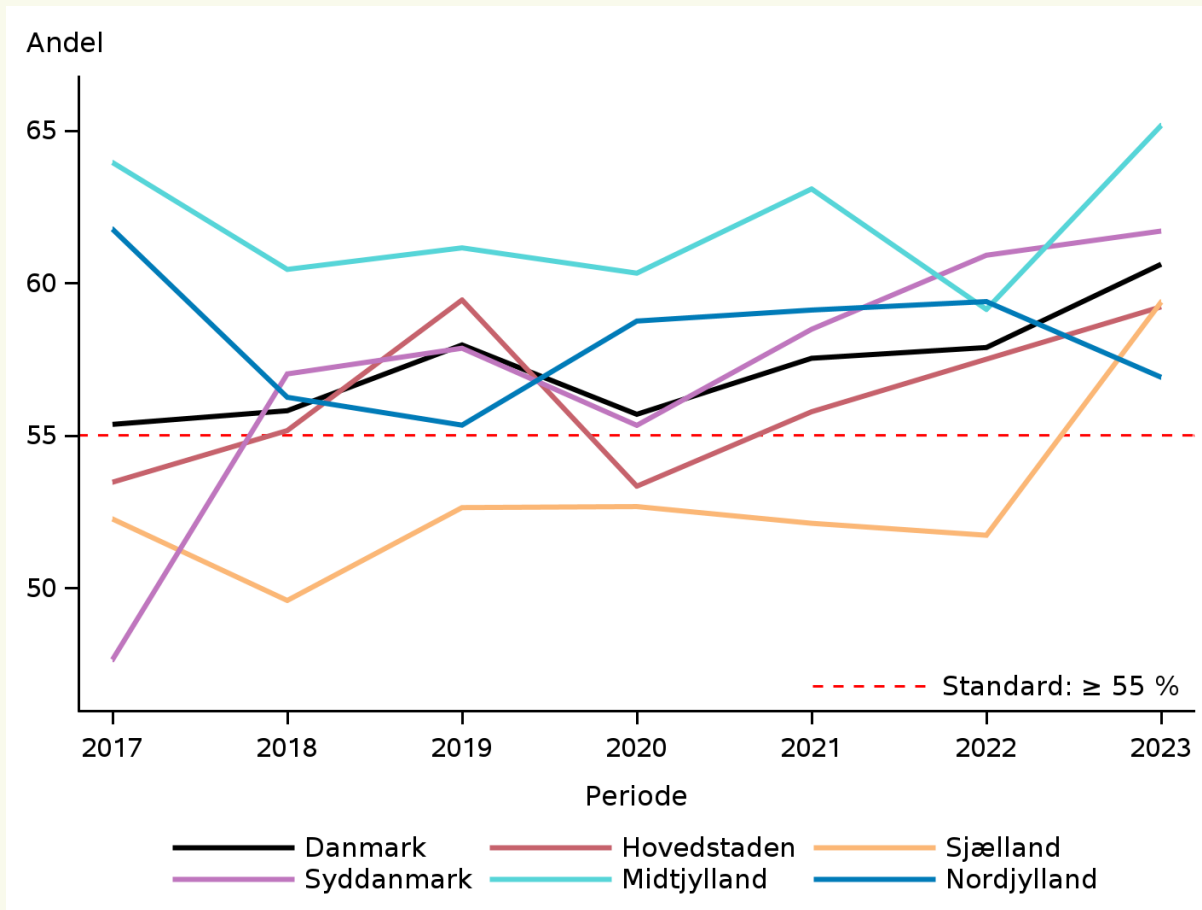
Styregruppen vurderer, at $\geq 65\%$ er et ambitiøst og samtidigt realistisk udviklingsmål.

Indikator 2: Andel af patienter, der var med EKG-monitorering på tidspunktet for hjertestop

→ Den tidligere standard var et ambitiøst mål og fastholdes som udviklingsmål

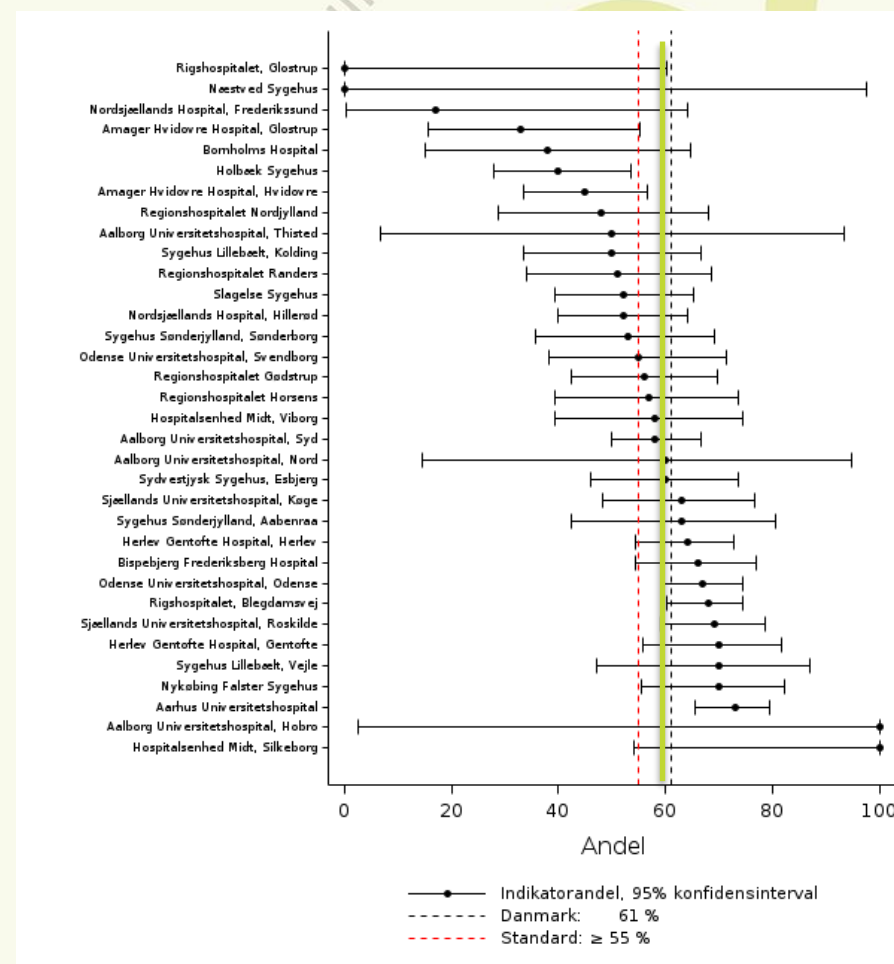
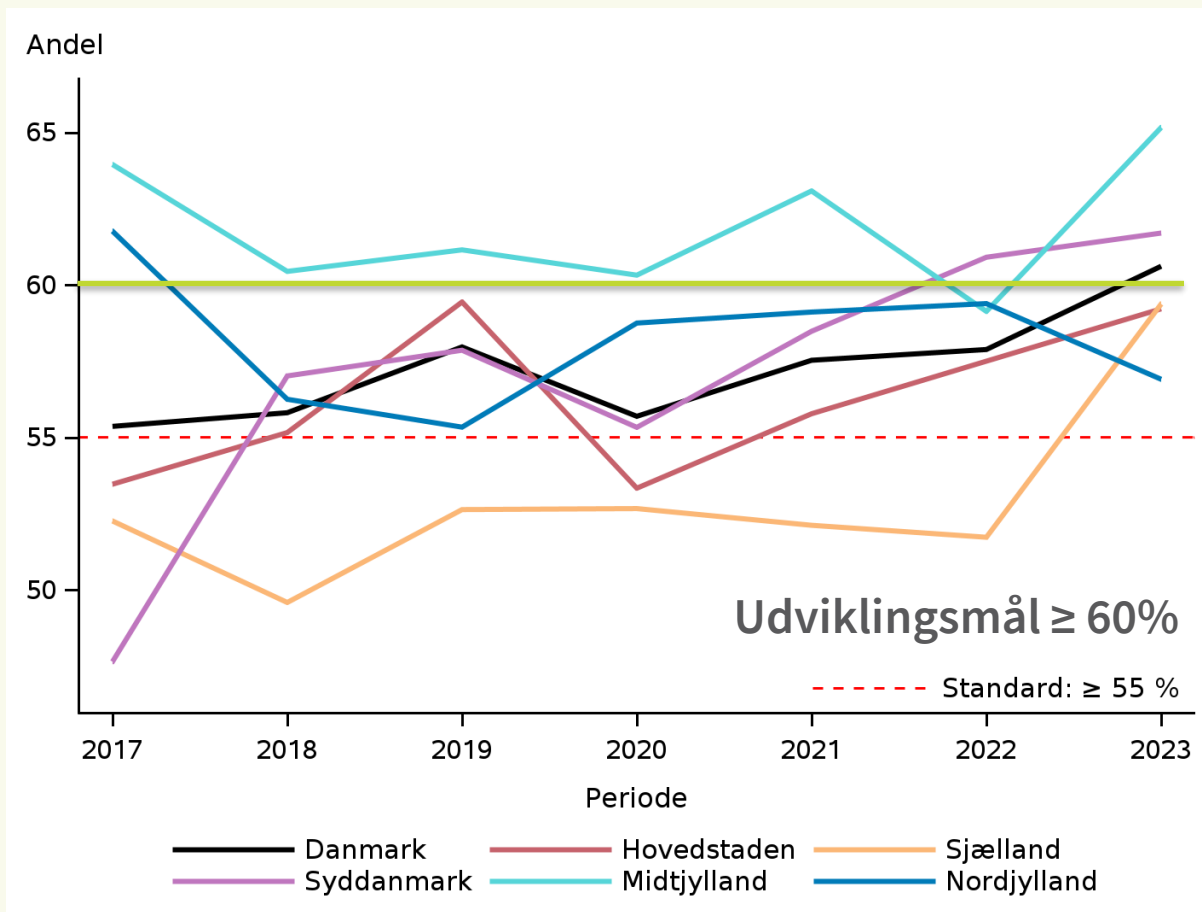


Indikator 5: Andel af patienter med genoprettet egencirkulation



Indikator 5: Andel af patienter med genoprettet egencirkulation

→ Den tidligere standard hæves for fremadrettet at afspejle et ambitiøst udviklingsmål



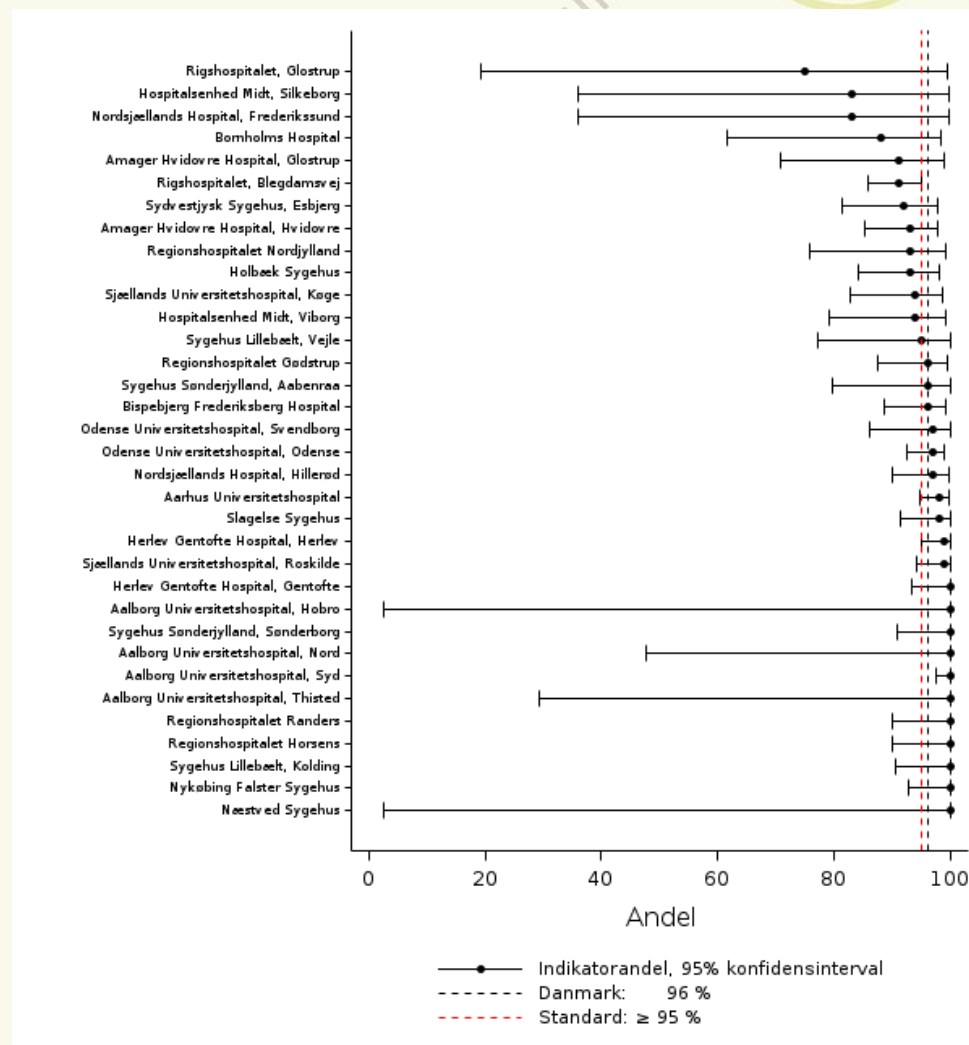
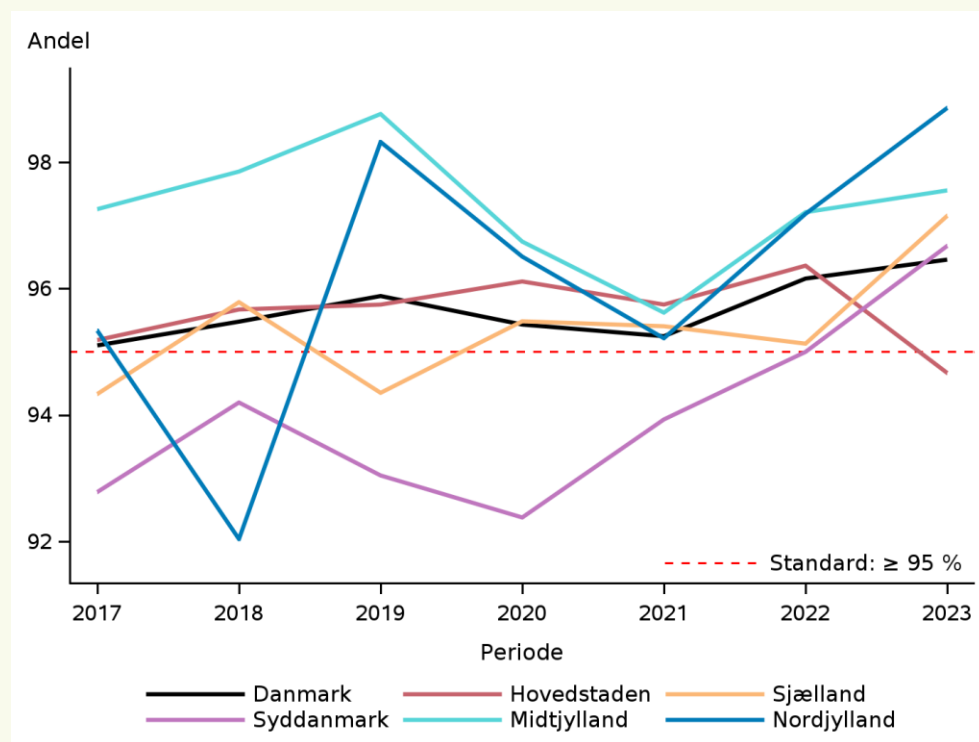
DANARREST: Fokuseret kvalitetsudvikling



- Ophør af indikator hvor der ikke længere vurderes at være et kvalitetsudviklingspotential
- Kommunikation om fokusområde via one-pager i Ugeskrift for Læger

Indikator 3: Andel af patienter, hvor tid fra erkendelsen af hjertestop til start af hjertelungeredning var ≤ 1 minut

→ Indikator 3 udgår som indikator og overgår til at være en supplerende opgørelse.



DANARREST – Hjertestop på Hospital: Undervisning i genoplivning er et nyt fokusområde

Pilotundersøgelse peger på at der er et stort kvalitetsudviklingspotentiale i at øge andelen af medarbejdere med et gyldig kursus i genoplivning. Ny strukturindikator på området indføres fra den kommende årsrapport.

Styregruppens medlemmer: Jens Rosenberg, Finn Lund Henriksen, Asger Granfeldt, Lone Due Vestergård, Christian Skjærbæk, Thomas Krusenstjerna-Hafstrøm, Rikke Højbjerg, Jacob Moesgaard Larsen, Kenneth Kappel Jensen, Camilla Lundegaard Asferg, Jette Nørr Møllebjerg, Søren Pihlkjær Hjortshøj, Lars Wiuff Andersen, Miriam Grijota Chousa, Anette Weis og Camilla Plambeck Hansen.



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Udviklingsmål og fokuseret indikatoranalyse i DaProCa

Klinisk Kvalitet, Aalborg, 31. oktober 2024

Henrik Møller, RKKP

- Årets Resultater
 - Konklusioner og anbefalinger
 - Indledning
 - Tre ikoner til www visningen (skal programmeres)
 - Indikatorer
 - Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter prostatabiopsi
 - Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier
 - Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)
 - Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)
 - Indikator 4: Kirurgiske komplikationer
 - Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling
 - Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling
 - Indikator 7: MR-aktivitet
 - Indikator 8s: PI-RADS score ved MR
 - Indikator 9: MDT-aktivitet
 - Oversigt over indikatorsættet
 - Styregruppens medlemmer
 - Kolofon
 - Kommentarer fra regionerne
- Baggrundsmaterialer
 - Beskrivelse af patientpopulationen
 - Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2019-2023

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2023

Offentliggjort 1. juli 2024

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger [↗](#)

Målopfyldegraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem regionerne ensartet niveau af høj kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et fokus på forbedringstiltag.

Implementeringen af den sterile transperineale biopsiadgang anses, ligesom den resulterende overbevisende nedgang i biopsirelaterede indlæggelser, for yderst lovende (indikator 1 og 1s). Det er aktuelt vigtigt at sikre en ensartet høj grad af implementering ved anvendelse af en stigende andel af transperineale biopsier i samtlige regioner og deres afdelinger. Det er i sagens natur vigtigt, at der i alle afdelinger i fremtiden kodes specifikt for biopsiadgangen. F.eks. Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata: TKE00B.

MR-aktiviteten afspejler tilsvarende en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsgennemsnittet for det aktuelle udviklingsmål er næsten opfyldt. Men på lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes den anbefalede diagnostiske strategi, spænder fra 29% til 75% blandt de større behandlingscentre (indikator 7).

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk biopsi eller påvisning af sygdomsprogression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8). Det anbefales derfor, at såvel anvendelse af den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland påbegynder indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

Indledning [↗](#)

Databasens formål



Årsrapporter

Alle databaser udgiver en årsrapport om kvalitetsudviklingen på det enkelte sygdomsområde.

Dansk Børnecancer Register

Årsrapport for 2023

Dansk Børnecancer Register blev etableret i 1985. Der indberettes ca. 200 patientforløb årligt. Databasen dækker over børn under 18 år med cancer.

[Åben Årsrapport](#)

Dansk Prostata Cancer Database

Årsrapport for 2023

Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa) har været i landsdækkende drift siden 1. februar 2010. Der registreres ca. 4.200 nye tilfælde hvert år.

[Åben Årsrapport](#)

Dansk Knæalloplastik Register

Årsrapport 2023

Dansk knæalloplastik Register blev etableret i 1997. I 2023 blev der indberettet 14490 primære knæalloplastikker og 1272 revisioner.

[Åben Årsrapport](#)

Dansk Kolorektal Cancer Database

Årsrapport 2023

Dansk Kolorektal Cancer Database blev etableret i 2001. Der registreres ca. 4000 nye tilfælde hvert år.

[Åben Årsrapport](#)

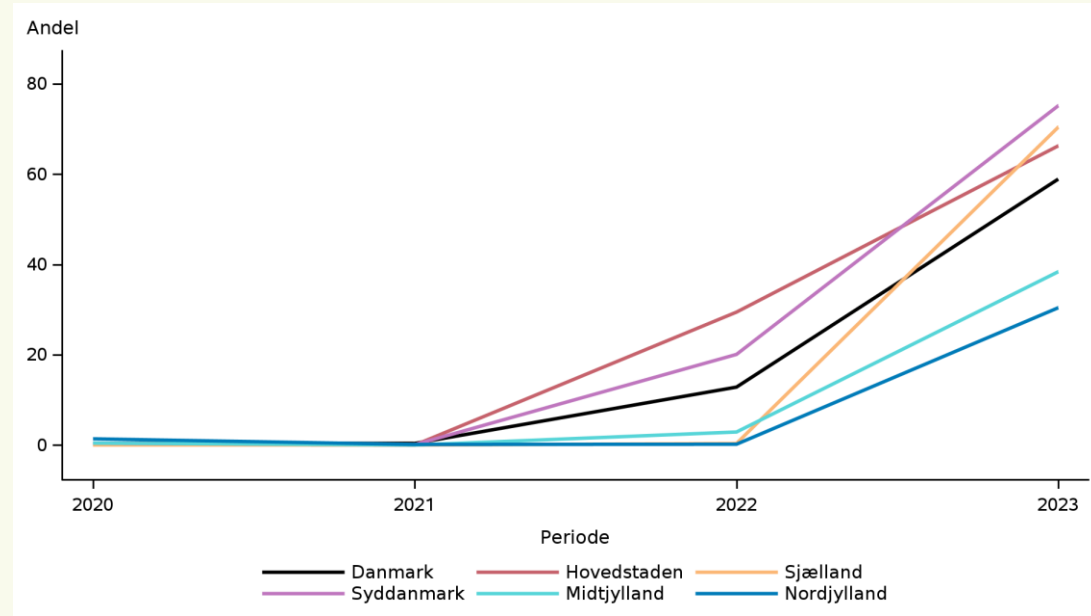
<https://rkkp-data.dk/aarsrapporter/>

Indikatorsættet i DaProCa

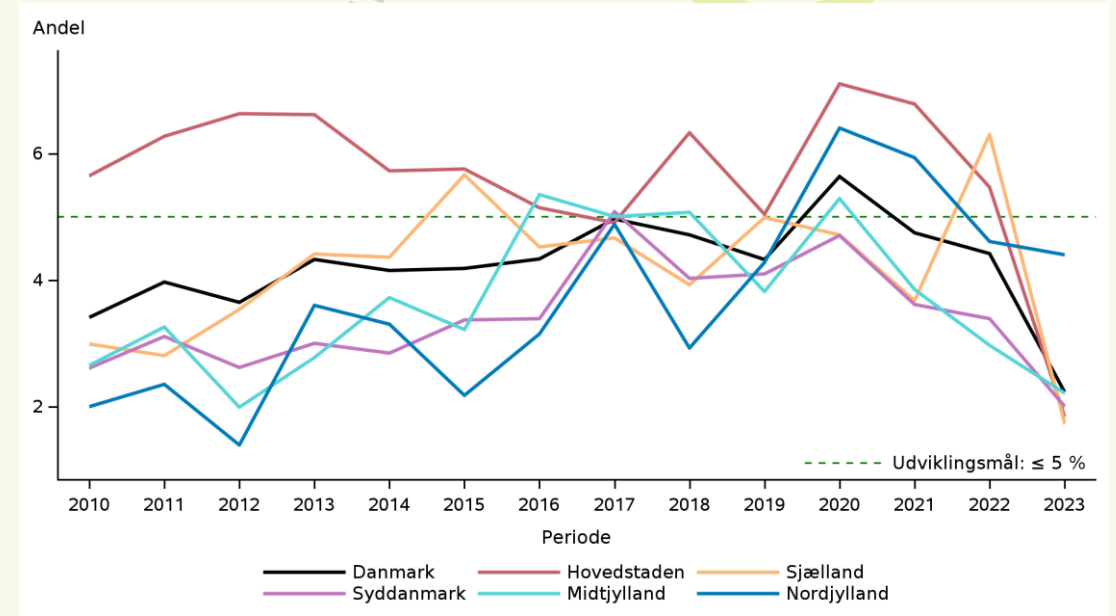
Indikator	Fokus	Type	Udviklingsmål	Andel	95% CI	Andel	Andel
				2023		2022	2021
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Fokus 1	Resultat	≤ 5	2	(2-3)	4	5
Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Fokus 1	Proces, Supplerende		59	(57-60)	13	0
Indikator 2: Andel af radikalt prostektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande		Resultat	≤ 15	15	(12-18)	15	17
Indikator 3: Andel af radikalt prostektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande		Resultat	≤ 40	40	(35-45)	38	41
Indikator 4: Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostektomi		Resultat	≤ 5	5	(4-7)	5	7
Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.		Proces	≤ 5	6	(4-9)	7	5
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.		Proces	≥ 70	73	(70-75)	67	67
Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)		Proces	≥ 60	57	(56-59)	52	29
Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score	Fokus 2	Proces, Supplerende		22	(20-24)	7	1
Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Fokus 2	Proces		46	(44-47)	44	45

Fokus 1: Overgang til transperineal biopsi og færre komplikationer

Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Trendgraf på regionsniveau.

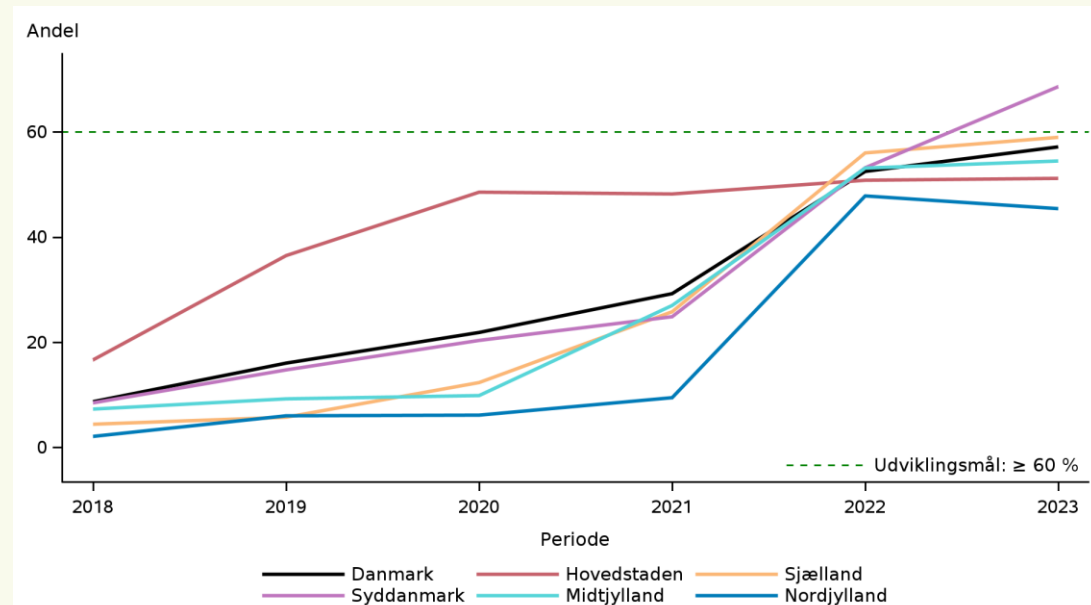


Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Trendgraf på regionsniveau.

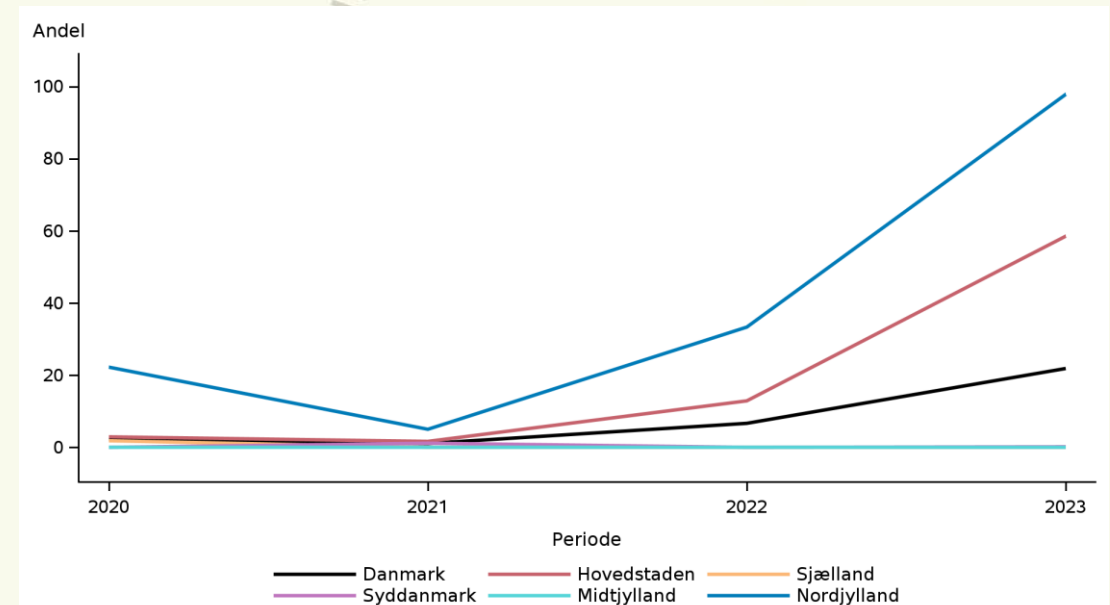


Fokus 2: MR undersøgelse og PI-RADS score

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Trendgraf på regionsniveau.



Fra rapporten: Om standarder og udviklingsmål på indikatorresultaterne

Termen "standard" er et hyppigt anvendt begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse. Styregruppen for prostatakræftdatabasen har valgt at fastsætte udviklingsmål på et niveau, hvor målet ikke er universelt opfyldt, idet vi vurderer, at det er nyttigt at bruge fastsættelsen til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer ved at tage lære fra regioner og afdelinger, hvor udviklingsmålet er opfyldt. Termen "standard" erstattes fremover af "udviklingsmål".

Fra rapporten: Generelle konklusioner og anbefalinger

Målopfyldelsesgraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem regionerne ensartet niveau af høj kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et **fokus på forbedringstiltag**.

Implementeringen af **den sterile transperineale biopsiadgang** anses, ligesom den resulterende overbevisende nedgang i **biopsirelaterede indlæggelser**, for yderst lovende (indikator 1 og 1s). Det er aktuelt vigtigt at sikre en ensartet høj grad af implementering ved anvendelse af en stigende andel af transperineale biopsier i samtlige regioner og deres afdelinger. Det er i sagens natur vigtigt, at der i alle afdelinger i fremtiden kodes specifikt for biopsiadgangen. F.eks. Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata: TKE00B.

MR-aktiviteten afspejler tilsvarende en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsgennemsnittet for det aktuelle udviklingsmål er næsten opfyldt. Men på lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes den anbefalede diagnostiske strategi, spænder fra 29% til 75% blandt de større behandlingscentre (indikator 7).

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk biopsi eller påvisning af sygdomsprogression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af **den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore**, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8). Det anbefales derfor, at såvel anvendelse af den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland påbegynder indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

Samarbejdet

Databasens styregruppe

Michael Borre, professor, overlæge, dr.med., ph.d., Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital (formand)

Overlæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Afdelingslæge, Ph.d. Peter Busch Østergren, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital

Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital

Overlæge Lisa Lindeborg, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde,

Ole Jensen, patientrepræsentant

Epidemiolog: Henrik Møller, epidemiolog (faglig leder), dr.med., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Biostatistiker og datamanager: Heidi Jeanet Larsson, biostatistiker, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Kontaktperson: Anne Kudsk Ragner, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Tak for opmærksomheden

