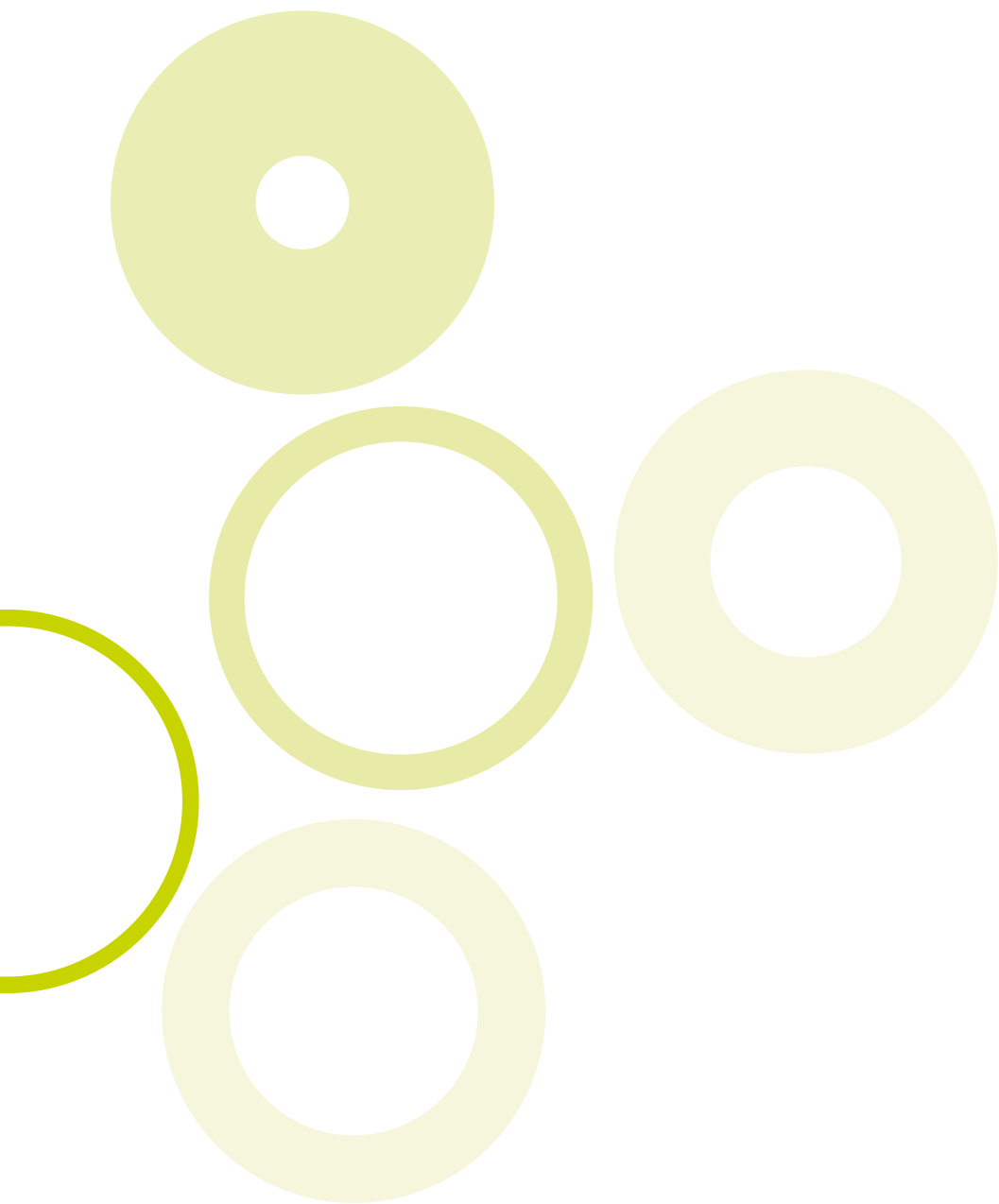


# Håndbog til Patient- og Brugerrepræsentanter i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram



# Indhold

- 3 Indhold**
- 4 Indledning**
  - 5 Patient- og brugerrepræsentanter
  - 5 Hvorfor er der patient- og brugerrepræsentanter i RKKP?
- 7 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram**
  - 7 Kliniske kvalitetsdatabaser
  - 8 Databasens styregruppe
- 10 Kom godt i gang som patient- og brugerrepræsentant**
  - 10 Brug dit netværk
  - 11 Løbende dialog med kvalitetskonsulenten
  - 11 Udtrædelse af styregruppen
  - 11 Ordbog til databaser
- 14 Kvalitetsudvikling**
  - 14 Brug af årsrapporter og data fra RKKP i kvalitetsudviklingen
- 16 Kilder**

# Indledning

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) leverer viden, der bruges til forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Borgere og patienter er omdrejningspunktet for alt, der sker i sundhedsvæsenet, og arbejdet med at udvikle kvaliteten skal også afspejle patienternes perspektiv. RKKP ønsker derfor at få patientperspektivet repræsenteret i de kliniske kvalitetsdatabaser og i den viden, vi leverer.

Formålet med denne håndbog er, at give patient- og brugerrepræsentanter i RKKP en introduktion til arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Den kan bruges til at få en dybere forståelse af, hvad kvalitet i sundhedsvæsenet er og af RKKPs rolle. Håndbogen giver svar på følgende:

- Hvad er en patient- og brugerrepræsentant i RKKP?
- Hvorfor er der patient- og brugerrepræsentanter i RKKP?
- Hvad er kvalitetsudvikling?
- Hvad er en klinisk kvalitetsdatabase?
- Hvad er en styregruppe?
- Hvad er evidens, indikatorer, standarder og årsrapporter?
- Hvordan kommer man godt i gang som patient- eller brugerrepræsentant?
- Hvordan bruges viden fra RKKP til forbedring i sundhedsvæsenet?

# Patient- og brugerrepræsentanter

Patient- og brugerrepræsentanter hjælper Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) med at sikre, at det, der er vigtigt for patienterne, er med, når vi måler og vurderer kvaliteten i sundhedsvæsenet [1].

En patientrepræsentant er en patient, som har personlig erfaring med det pågældende område. En brugerrepræsentant kan ligeledes være en, som har personlig erfaring inden for det pågældende område, men det kan også være én, der har stor viden om patienterne f.eks. repræsentanter fra patientforeninger, pårørenderepræsentanter eller forskere, som har forsket i patientperspektivet [2].

## **Hvorfor er der patient- og brugerrepræsentanter i RKKP?**

Patient- og brugerrepræsentanter kender hele patientforløbet, og har en anden viden end dem der arbejder i sundhedsvæsenet. Patient- og brugerrepræsentanter kan derfor hjælpe med at belyse, hvad der er vigtigt og bidrager til, at databasens målepunkter også afspejler det, som patienterne forbinder med 'god kvalitet' [1,2].

## **Måler vi på det rigtige**

Mål og målepunkter i en klinisk kvalitetsdatabase bruges til at sige noget om, hvad der er 'god kvalitet' og bestemmes af databasens styregruppe. Deltagelse af patient- og brugerrepræsentanter tilfører styregruppen mere viden, men også anderledes viden, f.eks. om patientgruppens specifikke behov og prioriteringer. Flere studier viser, at patienter og behandlere ikke altid er enige om, hvad der er vigtigt i forløbet. Dermed er de heller ikke altid enige om, hvilken viden der skal bruges til at vurdere og udvikle kvaliteten i patientforløbet [1, 3-5].

Eksempel: I Databasen for atrieflimren i Danmark ønskede styregruppen at fjerne det mål, der handler om patientuddannelse/undervisning. Patientrepræsentanterne ønskede og argumenterede for, at målet skulle bevares. Resultatet af diskussionen i styregruppen blev at målet blev bevaret. I stedet igangsatte databasens styregruppe et udviklingsarbejde med stikprøver ude på afdelingerne, som skulle finde årsagerne til, at patienter ikke blev henvist til undervisning.

## **Patient- og brugerrepræsentanter fastholder fokus på patienterne**

Når patient- og brugerrepræsentanter involveres i beslutninger vedr. sundhedsvæsenet, har undersøgelser vist, at samtalen skærpes og fokus holdes på det relevante - nemlig værdien for patienterne [2].

En intern evaluering i RKKP af patient- og brugerrepræsentation har også vist, at dialogen i styregruppen ændres, og at styregruppemedlemmerne oplevede, at den mere indforståede dialog blev mere eksplicit, når patientrepræsentanter deltog i styregruppen. Det bidrog til at ”.. fagpersoner holder fast i det faglige, og de [patientrepræsentanterne] er med til at hive det mere op i et helikopterperspektiv” [6].

### **Formidling af patienternes behov og prioriteringer**

Formidling af patienternes behov og prioriteringer i forhold til udvikling af kvaliteten bidrager til et særligt fokus, når sundhedsvæsenet arbejder med kvalitetetsudvikling. Et eksempel på hvordan patient- og brugerrepræsentanternes perspektiver kan fremhæves, kan ses i årrapporten fra Dansk Hoftealloplastik Register, hvor det er skrevet ind i afsnittet ”konklusioner og anbefalinger”: [https://www.sundhed.dk/content/cms/98/4698\\_dhr-aarsrapport-2021\\_udgivet-2022\\_offentliggjort-version.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/98/4698_dhr-aarsrapport-2021_udgivet-2022_offentliggjort-version.pdf) Kommentaren er også vist herunder.

### **Kommentar fra patientrepræsentanterne**

Vi har som patientrepræsentanter glædet os over generelt gode resultater og over det seriøse arbejde med kvalitetskontrol i alle led. Vi har noteret os, at COVID-19 og strejke i 2021 har betydet færre operationer, og at privathospitalerne har overtaget en større del af operationerne.

Hvorledes det vil påvirke kvaliteten bliver vigtigt at følge. Vi har også bemærket, at nogle af de nye protese komponenter har for mange reoperationer, hvilket vi finder utrygt.

Som patient er ens største frygt, at man får en hofte luksation eller, at der skal tilståde en infektion efter operationen. Vi har derfor ærgret os over manglende data på infektioner, og ser frem til at HAIBA kommer op at køre igen, så der fortsat kan arbejdes med at lokalisere, behandle og i videst muligt omfang undgå infektioner.

Vi ser frem til den nye indikator på luksation, fordi det er en alvorlig lidelse for patienterne, hvor det er vigtigt med fokus for at skabe forbedringer.

På lidt længere sigt ser vi frem til PRO (patientrapporteret outcome). Det er en ny indfaldsvinkel på lægernes arbejde, hvor patienternes oplevelse af operationen kommer frem i lyset. Det bliver interessant at se, hvordan man vil måle på denne oplevelse, som ikke er så nem at registrere som de gængse indikatorer og hvilke forbedringer det eventuelt kunne betyde i fremtidens behandling.

*Patientrepræsentanter, Dansk Hoftealloplastik Register*

# Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram RKKP er en organisation, der går på tværs af Danmarks fem regioner. RKKP leverer viden, som kan bruges til at understøtte, at patienter modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Formålet er, at alle patienter opnår det bedst mulige helbred og livskvalitet.

RKKP driver ca. 85. databaser og i alt er der ca. 100 medarbejdere, som er ansat på kontorer i Aarhus, København og Odense. Alle databaserne har et RKKP-team tilknyttet. Teamet består af tre personer med forskellige opgaver: en kvalitetskonsulent/kontaktperson, en datamanager og en epidemiolog. Teamet er medlemmer af styregruppen og står for drift og udvikling af databasen. Herudover bidrager teamet også til, at indsatsen flugter med RKKPs strategi og øvrige målsætninger.

Ud over databasens team er der ansat medarbejdere i stabsfunktioner. Her kan f.eks. nævnes medarbejdere, der håndterer refusioner og andre økonomiske opgaver, og medarbejdere, som står for patientundervisning og udvikling af materialer m.v. [10]. Der kan læse mere om RKKP på [www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

## Kliniske kvalitetsdatabaser

En klinisk kvalitetsdatabase rummer en systematisk samling af data, hvis formål er at belyse kvaliteten inden for et givent patient/sygdomsforløb på tværs af landet. Databasen bruges til at danne viden, der kan bruges til kvalitetsforbedring. I databasen opsættes en række målepunkter (indikatorer), og der fastsættes et tilhørende niveau for 'god kvalitet' (standarder), som man stræber efter at nå. Et eksempel på en indikator og en standard kan ses på side 12.

Indikatorer defineres med afsæt i videnskab på området (evidens), faglig viden fra styregruppens medlemmer og input fra patienterne. Standarderne er typisk ambitiøse udviklingsmål og er grundlæggende set en værdinorm. Alle udviklede indikatorer i databasen skal godkendes af Sundhedsdatastyrelsen. Når en indikator er godkendt, har alle behandlende enheder (både offentlige og private) pligt til at indberette til databasen. Et vigtigt krav ved godkendelse af indikatorer er, at det er muligt at få data, uden at personalet eller patienterne skal bruge for meget tid på registrering. Når standarden for en indikator har været opfyldt i samtlige afdelinger gennem en årrække, betragtes kvaliteten som høj og ensartet i hele landet, og så udskiftes indikatoren typisk. Formålet med at udskifte indikatoren er at bidrage til en løbende udvikling af forskellige aspekter af kvaliteten [9].

En god indikator er et mål, som er relevant for kvalitetsudviklingen, og som kan bruges til at sige noget om, hvorvidt der er opnået god kvalitet i patientbehandlingen. Indikatoren skal beregnes ud fra data, som præcist belyser det kvalitetsområde, som indikatoren beskriver. Indikatoren skal belyse hvor eller hvordan der kan handles anderledes i patientforløbet, så kvaliteten forbedres. En indikator bør ikke belyse sjældne processer eller resultater – de håndteres bedre i andre analyseformer.

### **Databasens styregruppe**

Hver database har sin egen styregruppe, som har ansvaret for at udvikle indholdet, vurdere og kommentere på resultaterne samt formidle viden og understøtte brugen heraf til kvalitetsudvikling. Styregruppen består af:

- Sundhedsprofessionelle eksperter på det pågældende patientforløb (læger, sygeplejersker, fysioterapeuter m.fl.). Alle regioner er repræsenteret.
- Patient- og brugerrepræsentanter.
- RKKP databaseteam med ekspertise i data, analyse, jura og kvalitetsudvikling.
- Evt. ledelsesrepræsentant fra sundhedsvæsenet f.eks. hospitalsdirektør eller klinikchef.

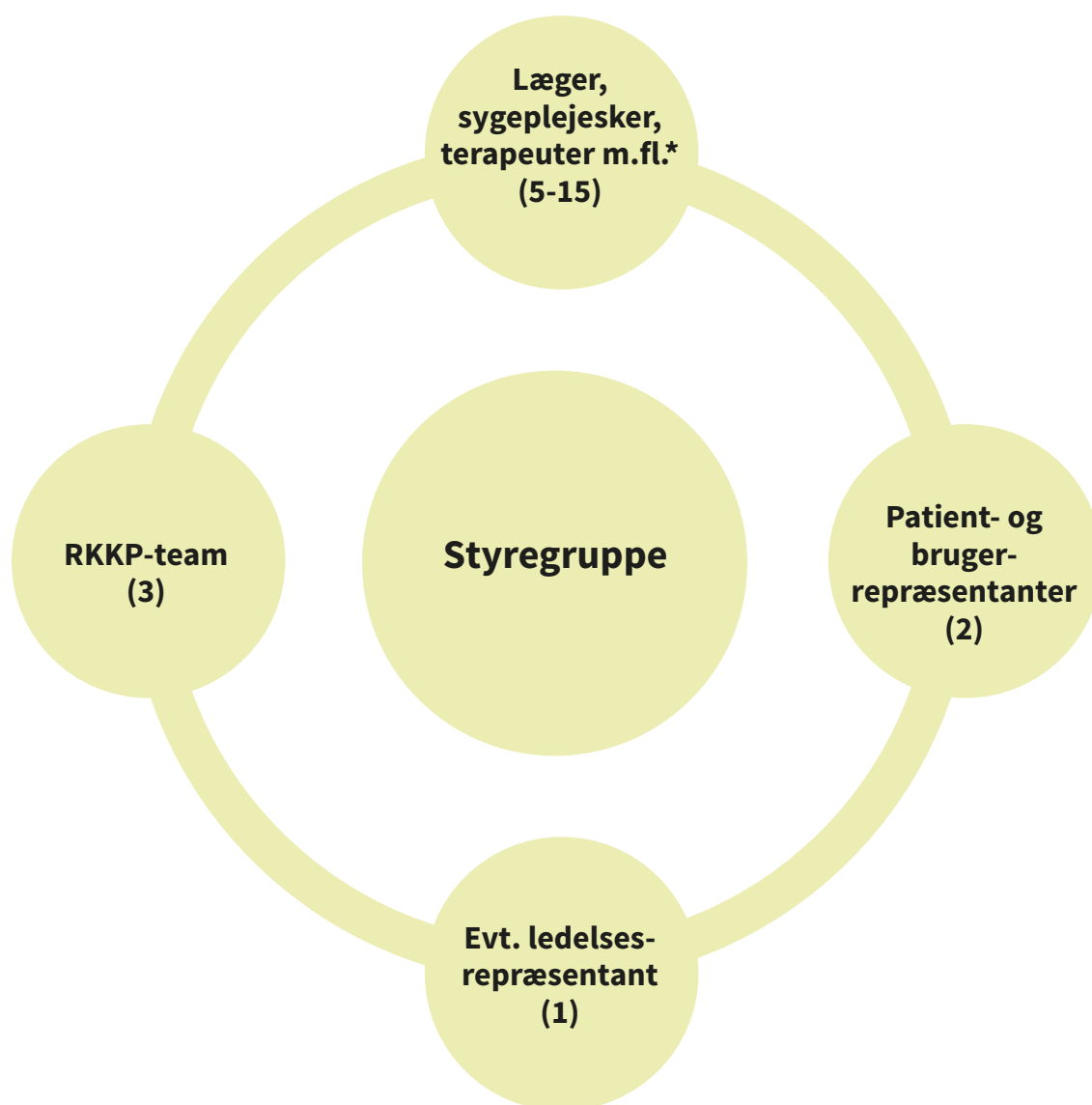
Styregruppens arbejde ledes af en formand/et formandsskab, der udpeges blandt styregruppens medlemmer. De øvrige repræsentanter er udpeget af faglige selskaber og er involveret i behandlingen på databasens område. En patient- eller brugerrepræsentant deltager som ligeværdigt og fuldgyldigt styregruppemedlem [9].

Som patient- eller brugerrepræsentant deltager man i ca. 2 møder om året. Patient- og brugerrepræsentantens primære dialog mellem styregruppemøderne vil være med kvalitetskonsulenten for databasen og styregruppeformanden, som kan hjælpe med at forventningsafstemme rollen som patient- og brugerrepræsentant, afklare dagsordenspunkter, mødeform m.m.



**FIGUR 1 VISER SAMMENSÆTNINGEN AF STYREGRUPPENS MEDLEMMER, I PARENTES ER ANGIVET, HVOR MANGE DER TYPISK ER I STYREGRUPPEN.**

\*Læger, sygeplejesker, terapeuter m.fl. er udpeget af de faglige selskaber og fungerer samtidig som regionsrepræsentanter, én fra hver region. Det endelige antal af læger, sygeplejersker m.fl. afhænger af, om der også er repræsentation fra primær sektor (kommuner og almen praksis).



# Kom godt i gang som patient- og brugerrepræsentant

Patient- og brugerrepræsentanter bliver budt velkommen af en kontaktperson i RKKP (kvalitetskonsulenten), som sender en velkomstmil med informationer om styregruppen, introduktionskursus, samtykkeerklæring og denne Håndbog for Patient- og Brugerrepræsentanter.

Patient- og brugerrepræsentanter bliver også tilbudt en samtale med kvalitetskonsulenten og styregruppeformanden, hvor forventninger til samarbejdet bliver afstemt, f.eks. ved at tale om følgende:

- Hvordan patient- og brugerrepræsentanter kan forberede sig til møderne.
- Hvor og hvornår møder bliver afholdt, inkl. det materiale, der udsendes til møderne.
- Evt. funktionstid for deltagelse som patientrepræsentant.
- Hvem patient- og brugerrepræsentanter kan tale med, hvis der er noget i styregruppen, som virker uforståeligt, eller som gør patient- og brugerrepræsentanter utrygge.
- Hvordan man udtræder af styregruppen.

Alle patient- og brugerrepræsentanter bliver tilbudt et introduktionskursus, hvor der er fokus på at give den praktiske viden, som kan være nødvendig for at deltage i styregruppearbejdet.

Alle patient- og brugerrepræsentanter bliver tilbudt at deltage i et regionalt netværk for patient- og brugerrepræsentanter i RKKP. Der afholdes regionale netværksmøder én gang årligt, hvor der vil være et fagligt oplæg og bagefter mulighed for at lære de andre patient- og brugerrepræsentanter at kende og for at udveksle erfaringer med dem.

## Brug dit netværk

Patient- og brugerrepræsentanter taler på vegne af den patientgruppe, der indgår i den kliniske kvalitetsdatabase. RKKP anbefaler, at patient- og brugerrepræsentanter gør sig nogle overvejelser om, hvordan man bedst kan forberede sig til møderne. Er der f.eks. andre patientrepræsentanter i styregruppen, hvor der er mulighed for sparring eller kender man andre patienter med samme sygdom, der kan give input? Måske er der en patientforening, et netværk eller en lukket Facebookgruppe med andre patienter, der kan bruges til at drøfte indhold i og resultater fra databasen, herunder hvorvidt indholdet er relevant for patienterne.

Som patient- og brugerrepræsentant er det vigtigt at overholde sin tavshedspligt, når/hvis databaseindholdet drøftes med andre udenfor styregruppen. Patient- og brugerrepræsentanter må ikke offentliggøre resultater fra rapporter, der endnu ikke er offentliggjort, men må gerne vise resultaterne fra offentliggjorte årsrapporter, som kan findes på sundhed.dk. Patient- og brugerrepræsentanter må også gerne drøfte de mål, der findes i de ikke offentliggjorte årsrapporter på et generelt niveau f.eks. for at få en fornemmelse af, om andre patienter finder målene relevante.

### **Løbende dialog med kvalitetskonsulenten**

RKKP anbefaler, at patient- og brugerrepræsentanter har en løbende dialog med databasens kvalitetskonsulent om arbejdet i styregruppen f.eks. inden eller efter møderne. Hvis ikke der er funktionstidsbegrænsning på patient- og brugerrepræsentanternes deltagelse, er det en god idé at holde en statussamtale efter ca. halvandet år, hvor patient- og brugerrepræsentanterne sammen med kvalitetskonsulenten og evt. styregruppeformanden drøfter fortsat deltagelse i styregruppen.

Har patient- og brugerrepræsentanterne spørgsmål vedr. f.eks. dagsorden, eller det udsendte materiale, vil det være muligt at kontakte kvalitetskonsulenten. Navn og kontaktoplysninger er anført i den brochure, som er sendt sammen med velkomstmajlen.

### **Udtrædelse af styregruppen**

Patient- og brugerrepræsentanternes deltagelse i styregruppen er frivillig og kan til enhver tid ophøre, hvis patient- eller brugerrepræsentanten ikke længere ønsker at deltage. Hvis patient- eller brugerrepræsentantens sygdom forværres i sådan en grad, at det er vanskeligt at bidrage, anbefales det i udgangspunktet, at patient- og brugerrepræsentanten udtræder af styregruppearbejdet.

### **Ordbog til databaser**

Herunder beskrives de begreber, som ofte anvendes i styregrupperne. Ordbogen kan bruges som opslagsværk for patient- og brugerrepræsentanter, når de forbereder sig til styregruppemøderne. Som patient- og brugerrepræsentant kan du udvide denne ordbog med andre ord eller forkortelser, som bruges i den specifikke database, f.eks. kan du spørge kvalitetskonsulenten og styregruppeformanden, hvilke ord og forkortelser, der er gode at kende.

**Evidens:** Evidensen er den for tiden bedste viden, hvor der er bevis for at noget (en behandling, en pille, en procedure el.lign) virker eller ikke virker.

**Indikator:** Et målepunkt i databasen, der afspejler kvaliteten på området og bruges til at følge kvaliteten over tid. F.eks. andel af patienter, som har modtaget behandling inden for 24 timer.

**Andel:** Del af en bestemt mængde (benævnt tæller) ud af den samlede mængde (benævnt nævner). En andel angives typisk i procent eller brøk.

### Eksempel:

Kvaliteten måles på 50 patienter. 25 patienter ud af de 50 patienter har modtaget behandling inden for 24 timer. Her er tælleren 25, mens nævneren er 50 og andelen af patienter der har modtaget behandling inden for 24 timer er 50%. Den matematiske udregning er:  $25/50 \cdot 100 = 50\%$

**Standard:** Et fastsat mål for 'god kvalitet', som den aktuelle måling holdes op imod, når kvaliteten vurderes. Der tales også om målopfyldelse som udtryk for, hvorvidt det valgte kvalitetsmål (indikatoren) når det efterstræbte kvalitetsniveau (standarden).

En standard kan f.eks være fastsat til 75%. Det betyder, at man i sin kvalitetsudvikling tilstræber, at 75 ud af 100 patienter får det, der måles på. Foran tallet vil der for mange standarder være et speicaltegn. Tegnet angiver, om målet er nået, hvis resultatet er større eller mindre end talværdien.

### Specialtegn:

≥ Betyder, den angivne standard eller flere.

≤ Betyder, den angivne standard eller færre.

## I ÅRSRAPPORTERNE PRÆSENTERES INDIKATORER OG STANDARDER OFTE SOM VIST HERUNDER:

### Indikator 2a. Andel af patienter der opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset

	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.12.2019 - 30.11.2020	95% CI	2018/2019	2017/2018	
	≥ 75%	nævner		Andel		Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	4.603 / 6.565	0 (0)	<b>70,1</b>	(69,0-71,2)	4.573 / 6.436	71,1 (69,9-72,2)	62,0 (60,8-63,2)

Her er *indikatoren* "Andel af patienter der opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset". Standarden er ≥75%, hvilket betyder, at målsætningen for kvaliteten i det aktuelle år er nået, når 75% eller flere af patienterne opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset. Når kvaliteten vurderes, kigger man typisk også på kvaliteten i tidligere år for at få en fornemmelse af, om udviklingen går den rette vej. I eksemplet er indikatorværdien i aktuelle år 70,1 – den er faldet lidt siden året før, hvor andelen var 71,1 – der er altså stadig noget at gøre rundt omkring i landet for at nå standarden på 75.

**Årsrapport:** Én gang årligt gøres status på resultaterne af kvalitetsmålene i databasen, og dette præsenteres i en årsrapport. Resultaterne vises på regions-, hospitals- og afdelingsniveau. Styregruppen kommenterer resultaterne og kommer med forslag til handlinger, der kan bruges af afdelingerne i det videre kvalitetsarbejde. Herudover laver styregruppen en såkaldt 'one-pager' med afsæt i rapporten, der fremhæver de vigtigste punkter fra årsrapporten.

Et eksempel på patientrepræsentanternes indflydelse på one-pager findes i forbindelse med årsrapporten for 2020 for Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte. Styregruppen ønskede at lave en one-pager vedr. indikator 6: Indlæggelsestemperatur. Patientrepræsentanten ønskede, at one-pagerens indhold skulle omhandle indikator 4: Fuldamning ved udskrivelse til hjemmet eller afslutning af THO (et tilbud om tidlig udskrivelse med hjemmebesøg fra Neonatalafsnittet). Dette eksempel illustrerer, at patientrepræsentanter kan bidrage med et andet fokus, og i dette tilfælde modtog styregruppen patientrepræsentantens input positivt, og one-pageren kom til at omhandle indikator 4: [https://ugeskriftet.dk/files/scientific\\_article\\_files/2021-09/web\\_4.pdf](https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2021-09/web_4.pdf)

**Kliniske KvalitetsAfrapporteringsmodel (KKA):** er navnet på en model, der sikrer, at data fra RKKP løbende kan leveres til regionerne, som herefter kan vise dem til hospitaler og afdelinger. De løbende data afleveres for nogle databaser månedligt, mens de for andre afleveres hvert kvartal.

**Forskningsudtræk:** RKKP understøtter også sundhedsvidenskabelig forskning, og som forsker er det muligt at søge om tilladelse til at bruge data fra databasen. Det er databaseteamet og styregruppen, der på vegne af Region Midtjylland vurderer, om forskningsansøgningen skal godkendes. Mere information om, hvordan forskningsansøgninger vurderes findes her: [https://www.rkkp.dk/siteassets/forskning/kontakt-til-patienten-til-forskningsformal/retningslinjer\\_forskning\\_version6\\_3.pdf](https://www.rkkp.dk/siteassets/forskning/kontakt-til-patienten-til-forskningsformal/retningslinjer_forskning_version6_3.pdf)

# Kvalitetsudvikling

Alle patienter har ret til god behandling, uanset hvor de bor og behandles. Derfor følger RKKP kvaliteten på tværs af landet og understøtter, at der arbejdes målrettet og løbende med udvikling af kvaliteten. I Sundhedsloven er følgende krav til systematisk arbejde med kvaliteten i sundhedsvæsenet beskrevet [7]:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet.
2. Behandling af høj kvalitet.
3. Sammenhæng mellem ydelserne.
4. Valgfrihed (patienter kan vælge, hvilket hospital de vil behandles på).
5. Let adgang til information.
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen (det er synligt, hvad der sker).
7. Kort ventetid på behandling.

RKKP samler data fra alle hospitaler (både offentlige og private) og i nogle databaser også fra speciallægepraksis, almen praksis og kommunerne. Formålet er, at følge op på kvaliteten og understøtte kvalitetsudvikling. De data, der bruges, er primært indsamlet som en del af behandlingen.

Nogle data indsamles gennem de nationale registre, f.eks. Landspatientregisteret eller CPR-registeret, hvorfra RKKP henter dem. Andre data indsamles mere direkte og sendes til RKKP. De indsamlede data indgår og bearbejdes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og bruges til at oplyse om kvaliteten på tværs af landet. Formålet er, at skabe nysgerrighed på og indsigt i egen og andres kvalitet f.eks. på en afdeling, og at den viden omsættes til forbedringer til gavn for patienterne [8,9].

## **Brug af årsrapporter og data fra RKKP i kvalitetsudviklingen**

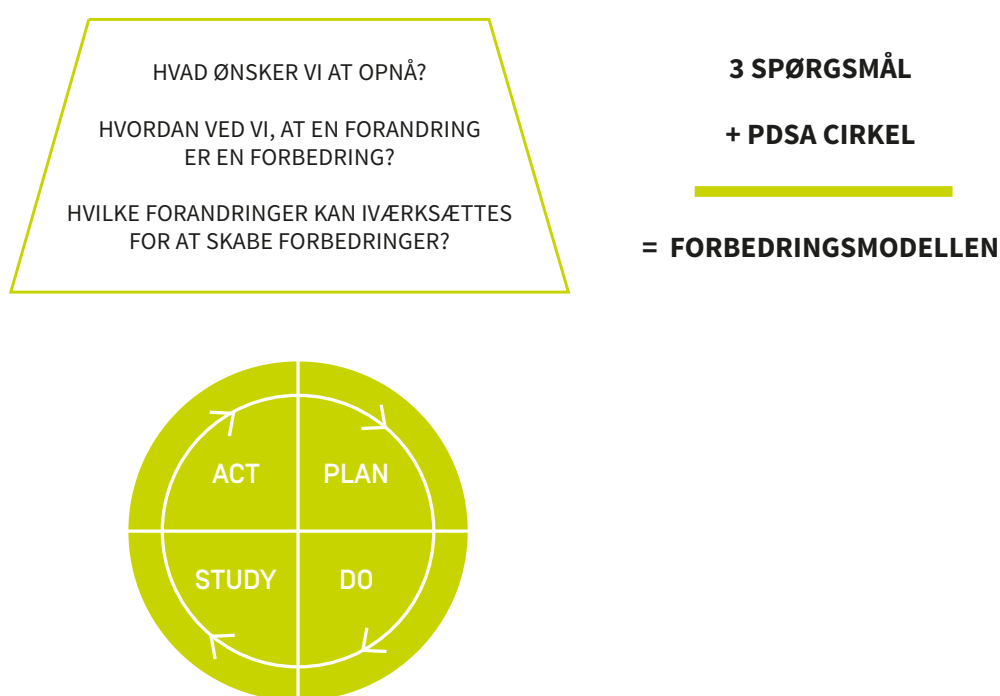
Viden fra RKKP er primært målrettet sundhedsprofessionelle, der sideløbende med selve patientbehandlingen har til opgave at sikre en faglig udvikling af behandlingen.

Én gang om året udkommer der en årsrapport fra den enkelte database. Rapporten giver en status på kvaliteten på tværs af landet og fra forskellige behandlingssteder. Rapporten bruges til at følge den løbende forbedring af kvaliteten lokalt og til at sammenligne med lignende behandlingssteder andre steder i Danmark. Rapporten kan bruges som inspiration, f.eks. kan der være afdelinger, der har rigtig gode resultater og som inspirerer de andre afdelinger. Rapporterne er offentligt tilgængelige og kan læses og bruges af

alle i sundhedsvæsenet. Årsrapporterne er tilgængelige på [RKKP's](#) hjemmeside og på [Sundhed.dk](#).

Data fra databaserne sendes løbende fra RKKP til regionerne, via den kliniske kvalitetsafregeringsmodel, hvor data kan bruges af afdelingerne til f.eks. at undersøge, om de tiltag, der er sat i gang, forbedrer kvaliteten. En af de metoder, som typisk bruges til kvalitetsudvikling er forbedringsmodellen [11,12], som er vist i figur 2. For mere viden om kvalitetsudvikling henvises der til kvalitetsguiden [12], link hertil findes i kilde 12.

## FORBEDRINGSMODELLEN



### FIGUR 2 FORBEDRINGSMODELLEN

Forbedringsmodellen er et værktøj, der kan bruges, når der skal arbejdes systematisk med udvikling af kvalitet. De tre spørgsmål skal stilles og besvares, herefter bruges PDSA-cirklen. Plan = planlæg det tiltag, der skal udføres. Do = gennemfør tiltaget. Study = Analyser på data, virker det? Act = lav justering, hvis det er nødvendigt.

Kilde: Læge, kend din kvalitet [12].



# Kilder

**[1] Pedersen L, Bartels P, Hansen A.**

*Mål for videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser.*

Udarbejdet af arbejdsgruppen for videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser nedsat under regionernes fem sundhedsdirektører Juni 2015:3-40

[https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/udviklings-mal-2015/mal-for-videreudvikling-af-de-kliniske-kvalitetsdatabaser\\_endelig-godken---.pdf](https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/udviklings-mal-2015/mal-for-videreudvikling-af-de-kliniske-kvalitetsdatabaser_endelig-godken---.pdf)

**[2] Larsen A.K., Munch-Petersen M.**

*Organisatorisk brugerinddragelse – hvorfor?* Videnscenter for brugerinddragelse I sundhedsvæsenet. København; 2019.

[https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B\\_ViBIS/A\\_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelses/organisatorisk\\_inddragelse\\_-\\_hvorfor\\_baggrundsrapport.pdf](https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelses/organisatorisk_inddragelse_-_hvorfor_baggrundsrapport.pdf)

**[3] Vrangbæk K.**

*Patient involvement in Danish health care.* Journal of Health Organization and Management. Vol. 29 no. 5, 2015.

**[4] Wiering B., de Boer D., Delnoij, D.**

*Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review.* Health Expectations, 20(1), 11-23; 2017

**[5] Taarnhøj, G. A., Johansen, C., Lindberg, H. et al.**

*Patient reported symptoms associated with quality of life during chemo-or immunotherapy for bladder cancer patients with advanced disease.* Cancer medicine, 9(9), 3078-3087, 2020

**[6] Odby A, Haller L.G., Nakano A, Nielsen A.K.**

*Evaluering: Patientrepræsentation i styregrupper for kliniske kvalitets-databaser.* Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2020

<https://www.rkkp.dk/siteassets/patientinvolvering/evalueringrapport---patientrepraesentation---maj-2020.pdf>



**[7] Sundhedsministeriet**

Sundhedsministeriet, *Bekendtgørelse af sundhedsloven*, LBK nr 210 af 27/01/2022. <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2022/210>

**[8] Axelsen S., Hillingsø J., Overgaard S., Rathcke C., Borre M., MainzH., m.fl..**

*Rammer for de kliniske kvalitetsdatabasers styregrupper*. Aarhus, Regionernes kliniske kvalitetudviklingsprogram, 2022. <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/rammer-for-data-basearbejde/>

**[9] Axelsen S., Hillingsø J., Overgaard S., Rathcke C., Borre M., MainzH., m.fl..**

*Vejledning for arbejdet i styregrupperne for de kliniske kvalitetsdatabaser, høringsversion*. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetudviklingsprogram, 2021. <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/rkkp-vejledning-hoeringsversion22apr2021.pdf>

**[10] Viden til et bedre sundhedsvæsen – RKKP strategi 2019-2022**. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2019.

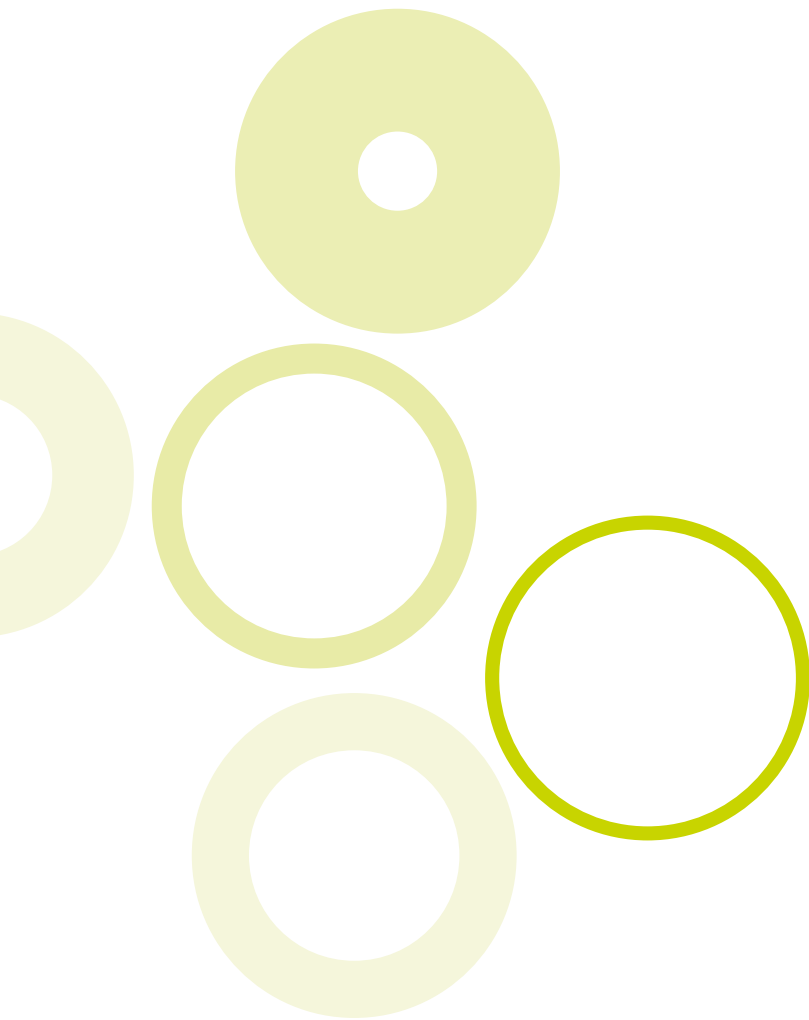
<https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/retning-og-mal/strategi-og-malsatninger/rkkp-strategi-2019-2022-vi-den-til-bedre-sundhedsvasen-print.pdf>

**[11] Lyngberg A., Knudsen J.S., Mackenhauer J., Fally M., Hansen M.K., og Rasmussen O.B.**

*Læge Kend Din Kvalitet*. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2021. Redaktører: *Louise Rabøl, Jens Winther Jensen, Jacob Anhøj og Charlotte Frendved*.

**[12] Munch-Petersen M., Rasmussen S.M.R., Hougaard I.B., Lipczak H., Weikop L., Freil M., m.fl.**

*Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet*. København Ø, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS), juni 2022. [https://dsk.dk/wp-content/uploads/2022/09/DSKS\\_PUBLIKATION\\_Enkeltopslag\\_WEB.pdf](https://dsk.dk/wp-content/uploads/2022/09/DSKS_PUBLIKATION_Enkeltopslag_WEB.pdf)



© RKKP 2022

**Udarbejdet af**

Helene Hedensted Bjerregaard og Henriette Lipczak

**Udgiver**

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3

8200 Aarhus N

**[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)**

Version 2.0

Versionsdato: 18.11.2022

Indholdet kan frit citeres med  
tydelig kildeangivelse



