

# **Brug af data fra kliniske kvalitetsdatabaser i Region H**

**E-sundhedsobservatoriet årsmøde d. 12. oktober 2010  
Jan Utzon, overlæge  
Enhed for Udvikling og Kvalitet**

## Disposition:

- \* Baggrund for projektet
- \* Rapportens vigtigste konklusioner og anbefalinger
- \* Hovedbudskaber
- \* Spørgsmål

Maj 2010	Region Hovedstaden <b>Koncern Plan og Udvikling</b>
REGION	<b>Brug af data fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i Region Hovedstaden</b>
Koncern Plan og Udvikling Region Hovedstaden	<b>Anbefalinger vedr. uddannelse og læring, motivation, it, dataregistrering og indrapportering, analyse og opfølgning, organisation samt ressourcer</b>  Maj 2010

## Baggrund

Mange ledelsesniveauer og medarbejdere brugte meget tid på NIP – men der kom ikke så meget ud af det – resultaterne flytter sig ikke rigtigt år for år

NIP organisering i Region H – hvem gør hvad forekom uklar (drejebog fra 2001 forældet)

Der foreligger oplysninger i årsrapporter fra de landsdækkede kliniske databaser, som ikke udnyttes systematisk (ca. 40 databaser excl. NIP)



## Arbejdsgruppens opgave

at revidere den regionale NIP-drejebog med fokus på regionens kommunikationsveje, relevante kvalitetsaktører, placering af opgaver og ansvarsfordeling.

at indtænke de øvrige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, så processerne gøres ensartede.

at have fokus på konkret anvendelse af kvalitetsdata

at inddrage formidling af data i arbejdet.

## Arbejdsgruppens metode:



Systematisk indsamling af hvad der opleves at fungere godt og mindre godt i NIP (alle niveauer i organisationen)

Tematisering af problemer

Forslag og anbefalinger til afhjælpning af problemer

## Hvad fungerer godt?

at der er kommet politisk og ledelsesmæssigt fokus på den kliniske kvalitet – herunder at kvalitetsdata nu er begyndt at indgå i dialogaftalerne med hospitalerne.

at arbejdet med kliniske kvalitetsdata fungerer bedst, når der indbygges incitament i kvalitetsarbejdet og når der er ildsjæle og tovholdere på alle processer i arbejdet med klinisk kvalitet

## Problemer/udfordringer i tematiseret form

1. Organisation
2. It
3. Uddannelse
4. Motivation
5. Dataregistrering
6. Analyse og opfølgning
7. Ressourcer

## Organisering

”Vi fandt, at lederne alle henviste til, at andre skulle tage ansvar for styring og anvendelse af databaserne. På afdelingsniveau ønskede man en mere central styring. På regionsplan ønskede man at hospitalsdirektionen skulle gå forrest og på direktionsplan ønskede man, at afdelingsledelserne selv tog ansvar. På afdelingsledelsesniveau uddelegerede man ansvaret til ansatte, som ikke følte eller tog ansvaret. Vi ser derfor en næsten perfekt cirkel af manglende placering af ansvar”.

Kliniske kvalitetsdatabaser af navn eller gavn? Masteropgave i Sundhedsinformatik 2009. Bjørn Hesselbo m.fl.





## Organisering, anbefalinger

- O 1) At intensivere indsatsen med at inddrage relevante kvalitetsindikatorer i de dialogbaserede aftaler. Konsekvenser for hospitalerne/enhederne præciseres ved såvel høj som ved manglende målopfyldelse.

**Ansvarlig:** Koncerndirektionen i Region Hovedstaden

- O 3) At der etableres en funktion på alle hospitaler, der dækker et arbejdsindhold som er beskrevet under "Hospitalskoordinator for klinisk kvalitet"

**Ansvarlig:** Hospitalsdirektionerne

Er støtteperson/sparringspartner og har en rådgivende og understøttende funktion vedr. kliniske kvalitetsdata i forhold til direktionen, de enkelte afdelingsledelser og nøglepersonerne på de enkelte afdelinger. Funktionen kræver kompetencer i analyse, (statistik og epidemiologi)

Har kendskab til GS!Åben, Klinisk Målesystem og Analyseportalen.

- O5) At drejebogen for opfølgning på klinisk kvalitet implementeres og følges.

**Ansvarlig:** Ledelser på alle niveauer

## Opgavefordeling på de enkelte organisatoriske niveauer

Arbejdsgruppens forslag til arbejdsfordeling og arbejdsopgaver på de enkelte niveauer er angivet i rapporten (indgår i drejebogen).

Det centrale er, at opgaverne varetages. Hvis man lokalt finder en anden organisering eller ansvarsplacering mere hensigtsmæssig skal det lokalt være klart beskrevet, hvem der så har ansvaret

Maj 2010		Region Hovedstaden Koncern Plan og Udvikling
	REGION	Drejebog for opfølgning på kliniske kvalitets- data fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser
		Præcisering af opgaver og ansvar i Region Hovedstaden
Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden		Maj 2010



**Ledelsen**  
Har ansvar for  
Implementering

**Organisationsdiagram med aktører i Region Hi forbindelse med landsdækkende kliniske databaser**

**Kvalitetsorganisation**  
Rådgivning om overvågning og analyse af data samt kvalitetsforbedringstiltag

Region  
Hovedstadens  
koncerndirektion  
(KD)

Den udvidede direktørkreds (UD-kredsen)

Hospitalsdirektion

Hospitalsdirektion

Hospitalsdirektion

Det Regionale Kvalitetsråd

Koncern Plan og Udvikling (KPU)

Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK)

Enhed for Udvikling og Kvalitet (EUK) (inkl regional kontaktperson)

Kvalitetsenhed på hospitalet  
(Hospitalskoordinator for klinisk kvalitet)

Afd. ledelse

Afd. ledelse

Afd. ledelse

De Sundhedsfaglige råd (SFR)

Koordinationsgruppen for kvalitet

Ansvarlig sygeplejerske

Ansvarlig læge

Ansvarlig sekretær (indtastning af data)

Netværk for klinisk Kvalitet  
(Netværk for hospitalskoordinatorer)

Afdelingsnøgleperson(er) for klinisk kvalitet

## Sundhedsfaglige Råds opgaver

1. Afholde auditmøde, hvor årsrapportens resultater, konklusioner og anbefalinger drøftes.
2. Vurdere, om kvalitetsniveauet indenfor området har et acceptabelt niveau på regionens hospitaler, ligesom der skal tages stilling til evt. behov for opfølgning.
3. Rådgive Det Regionale Kvalitetsråd og ledelsessystemet med anbefalinger til konkrete indsatsområder og/eller kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af resultaterne i årsrapporten. Komme ind i den politiske prioritering
4. Tage stilling til, om der er nogle af indikatorerne/kvalitetsmålene, som I finder egnede til evt. at kunne indgå i fremtidige dialogaftaler

## Audit – DANBIO

### Resultater

Efter 2 års behandling med biologiske præparater har mere end 80% af patienterne uændret eller forbedret sygdomsaktivitet.

Der er på de enkelte afdelinger forskellig praksis for hvornår det vurderes om patienten med kronisk leddegigt ophører med biologisk medicin eller skifter biologisk præparat

Der er stor forskel mellem afdelingerne for, hvornår der iværksættes biologisk behandling. Dette medfører også at der forskelle regionerne imellem hvad angår andelen af kronisk leddegigt patienter der behandles med biologisk medicin og brug af præparater.

### Konklusion i SFR

Der er et betydeligt antal patienter i behandling med biologiske lægemidler i Region H (og resten af landet), som ikke har nogen nævneværdig effekt af behandlingen (ca. 20%).

Der går i en række tilfælde for lang tid før patienterne bliver taget ud af en ikke eller begrænset virksom biologisk behandling. Hvis man objektivt kan konstatere, at der er uændret høj sygdomsaktivitet giver det ingen mening at fortsætte aktuelle medicin.



### ÅRSRAPPORT 2009



LANDSDÆKKENDE KLINISK KVALITETSDATABASE FOR  
BEHANDLING AF REUMATOLOGISKE PATIENTER MED  
BIOLOGISKE OG KONVENTIONELLE LÆGEMIDLER

DANBIO - DANSK REUMATOLOGISK DATABASE

## Audit DANBIO

I Region H anslås det, at der aktuelt er 2000 patienter i behandling med biologiske lægemidler, (hvoraf ca. 1200 har kronisk leddegigt). Hver patient koster ca. 140.000 kr. om året.

Hvad kom der ud af audit?

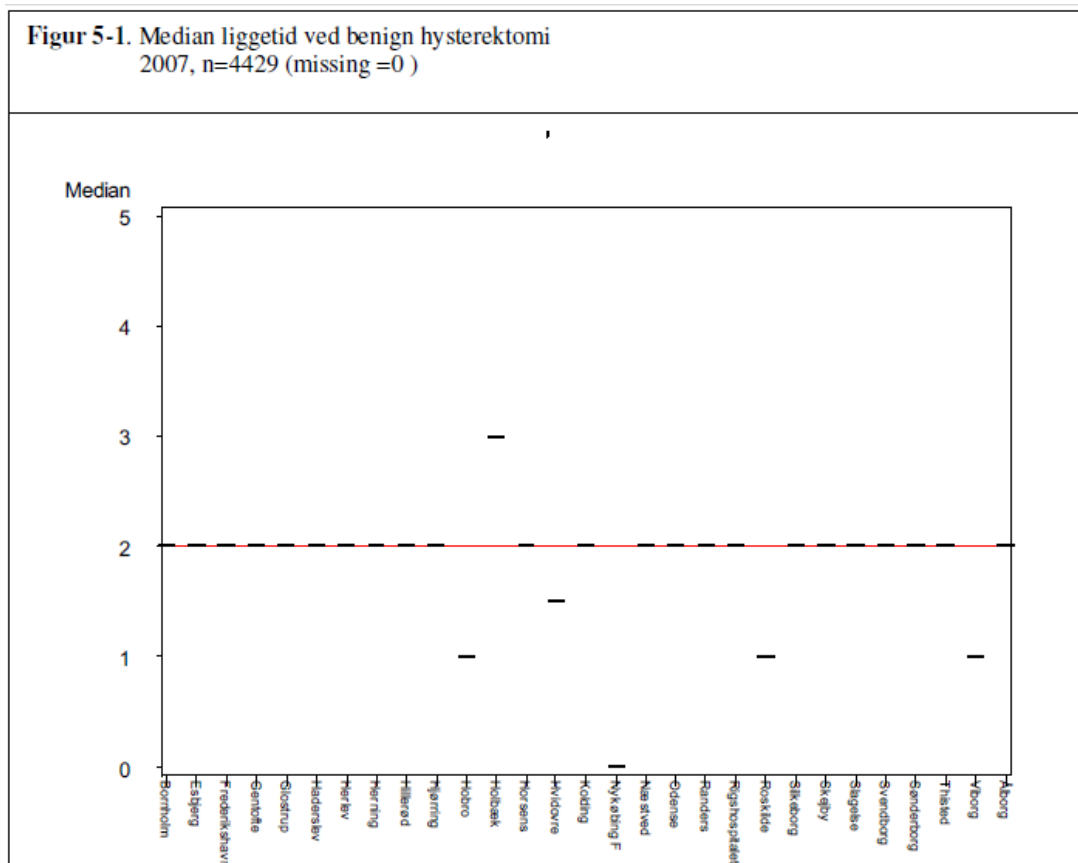
SFR for reumatologi indarbejder i de regionale retningslinjer præcise kriterier for hvornår kronisk leddegigt patienter, som ikke har tilstrækkelig effekt af den aktuelle biologiske behandling ophører hermed (målt bl.a. på baggrund af databasens indikatorer for sygdomsaktivitet, livskvalitet, smerter, træthed, funktionsniveau) samt retningslinjer for hvornår patienter med kroniske leddegigt, hvis sygdom er gået i ro, skal forsøge reduktion af eller ophør med den biologiske behandling.

Der er behov for fælles nationale retningslinjer, som sikrer en ensartet behandling af landets leddegigtspatienter (Dansk Reumatologisk Selskab forventes at være klar med retningslinjer ved årsskiftet 2010/11).




## Eksempler fra årsrapporter til evt. opfølgning

**Hysterektomidatabasen:** Stor variation i postoperativ liggetid efter hysterektomi (fjernelse af livmoder) på de enkelte afdelinger (1-3 dage) uden at der kan dokumenteres forskel i kvaliteten



Den der lever skjult lever godt



"That's why I never  
walk in front"

Offentliggørelsesfælde

## IT, anbefalinger

- I 1) at der afsættes tilstrækkeligt med ressourcer til, at KMS og Analyseportalen kommer til at fungere stabilt og brugervenligt  
**Ansvarlig:** KPU i samarbejde med Enhed for Klinisk Kvalitet og Koncern IT.
  
- I 3) at Enhed for Klinisk Kvalitet på systematisk vis foretager brugertest og tjek af brugervenlighed af Analyseportalens rapporter i samarbejde med de enkelte databaser inden de sættes i drift.  
**Ansvarlig:** Enhed for Klinisk Kvalitet

## Uddannelse, anbefalinger

at uddannelsen og oplæringen foregår bredt gennem brug af følgende metoder:

- kurser/undervisning
- skriftligt materiale på regionens intranet
- netværk og erfa-grupper
- undervisning via grunduddannelsen.

## Motivation, anbefalinger

M1) At overveje at indføre en incitamentstruktur, så afdelinger, som har en høj kvalitet i behandlingen oplever at få en gevinst heraf

**Ansvarlig:** Koncerndirektionen i samarbejde med UD-kredsen

M3) At ledelserne systematisk efterspørger, prioriterer og synliggør egne kliniske kvalitetsdata for medarbejderne

**Ansvarlig:** Afdelingsledelserne i samspil med hospitalsdirektionen

## Dataregistrering, anbefalinger

D1) at udnævne tovholdere/nøglepersoner som har ansvaret for en ensartet og systematisk registrering på de enkelte afdelinger.

**Ansvarlig:** Afdelingsledelsen

D3) at undersøge relevante koder i LPR mhp. at undgå dobbelt-registreringer i KMS-baseret database og samtidig overveje om databasen kunne gøres fuldt LPR baseret ved at implementere evt. manglende relevante koder i LPR.

**Ansvarlig:** Databasens bestyrelse i samarbejde med Enhed for Klinisk Kvalitet og Sundhedsstyrelsen

D5) at Region H, de enkelte specialer og afdelinger bør overveje, hvordan man kan overvåge behandlingskvaliteten af patientgrupper, som ikke dækkes af en landsdækkende klinisk database eller PAS-indikatorerne.



## Analyse og opfølgning, anbefalinger

A 1) at opfølgningen på kvalitetsdata lokalt forankres i en ”handlingsplan for opfølgning på kvalitetsdata”.

**Ansvarlig:** Afdelingsledelser i samspil med kvalitetsnøglepersoner

A 3) at kvalitetsdata integreres i et regionalt ledelsesinformationssystem

**Ansvarlig:** KPU, Enhed for Klinisk Kvalitet og Koncern IT

A 5) at man på landsplan (kompetencecentrene, NIP og SST) søger at opnå enighed om en fælles skabelon for analyse og præsentationsform

**Ansvarlig:** Danske Regioner (tovholder) og Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Kompetencecentrene og NIP.

## Ressourcer, anbefalinger

R 1) at estimere ressourcebehov til opstart, registrering og vedligehold af nye (og allerede eksisterende databaser) kliniske kvalitetsdatabaser.

**Ansvarlig:** de enkelte databasebestyrelser og NIP sekretariatet. Afdelingsledelsen har ansvar for at estimere det samlede ressourcebehov i afdelingen (afhængig af hvor mange databaser afdelingen indberetter til)

R 2) at lade ressourcebehov til kvalitetsarbejdet indgå i afdelingernes dialogaftaler/budgetaftaler.

**Ansvarlig:** Koncerndirektion, hospitalsdirektion og afdelingsledelser



# Implementering, kommunikation og formidling, anbefalinger

Im 1) At der nedsættes en arbejdsgruppe med ledelsesrepræsentation, som fortsat følger og faciliterer implementeringen af arbejdsgruppens anbefalinger og som fortsat er forankret i Enhed for Udvikling og Kvalitet.

**Ansvarlig:** Koordinationsgruppen for Kvalitet

(Der skal i gruppen ske en prioritering af anbefalingerne og et estimat af ressourcebehovene).

## Hovedbudskaber

- Intenst ledelsesfokus er en forudsætning for kvalitetsarbejdet. Dyrk det! Opgave og ansvarsfordelingen skal være krystalklart beskrevet på alle niveauer i organisationen (drejebog opdateres løbende)
- Et driftsstabilt og brugervenligt it-system er en forudsætning for kvalitetsarbejdet - ellers mister klinikerne motivationen. Inddrag altid brugerne i udformningen af It-systemerne inden udrulning
- Indbyg kvalitetsmål i dialogaftalerne. Konsekvenserne for hospitalerne/afd. skal præciseres såvel ved høj målopfyldelse som ved manglende målopfyldelse. Væsentligt med incitamenter i kvalitetsarbejdet
- Der skal en indsats til på alle 7 områder for, at det samlede system med at registrere og udnytte data fungerer (bare et svagt led i kæden kan virke ødelæggende).
- Gennemgå årsrapporterne systematisk for guldkorn i et regionalt perspektiv – udnyt de informationer der foreligger og kombiner oplysningerne på nye måder

Den samlede rapport kan hentes på Region Hs hjemmeside her:  
[http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/2B644BC9-0BEC-4FE2-AB0C-6E632C3A9B42/0/Rapport\\_fra\\_arbejdsgruppen\\_vedr\\_klinisk\\_kvalitet\\_final.pdf](http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/2B644BC9-0BEC-4FE2-AB0C-6E632C3A9B42/0/Rapport_fra_arbejdsgruppen_vedr_klinisk_kvalitet_final.pdf)

# Spørgsmål - diskussion

