

# National kvalitetsaudit i RKKP's kliniske kvalitetsdatabaser

13.03.2023



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

## Indhold

Audit: begreb og metode.....	4
Hvad er audit?.....	4
National kvalitetsaudit i RKKP - styregruppens evaluering af årsresultater.....	5
Case-baseret audit.....	8
Formidling af resultater efter auditering.....	8
Løbende opfølgning på egne data og resultater .....	8
Bilag a. Definition af forskellige typer af audit .....	10

### **National kvalitetsaudit i RKKP's kliniske kvalitetsdatabaser**

- Audit er en metode til systematisk vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets aktiviteter. I RKKP og de kliniske kvalitetsdatabaser benyttes auditering af resultater for samtlige kliniske kvalitetsdatabaser som metode ved styregruppens årlige **nationale kvalitetsaudit**
- Under den nationale kvalitetsaudit evalueres resultater for det område, den kliniske kvalitetsdatabase dækker, og der opnås et fælles nationalt billede af status: Hvad er de centrale kvalitetsudfordringer og fremskridt i årets løb? Og hvor er de sket? Er der uhensigtsmæssig variation henover landet?
- I forlængelse af status besluttet anbefalinger til nødvendige tiltag for kvalitetsudvikling og opfølgning, samt strategi for formidling af viden: Hvilke handlinger anbefales? Hvem kan udføre handlingerne? Hvem kan vi lære/inspireres af? Hvem skal kende resultaterne af auditeringen? Hvordan følges op på anbefalingernes realisering og effekt?
- Det er essentielt, at den årlige nationale kvalitetsaudit suppleres af en vurdering af behov for lokale handlinger 'tæt på patienten'. Der er også brug for tidsaktuel evaluering og vurdering af lokale resultater. RKKP-data i BI-systemerne kan understøtte tidsaktuelle processer, audits og dialoger på regions-, hospitals- og afdelingsniveau.

## Audit: begreb og metode

RKKP ønsker med dette notat at beskrive den metodemæssige tilgang til audit i de kliniske kvalitetsdatabaser: National kvalitetsaudit. Samtidig håber vi at inspirere til lokal opfølgning på resultater fra databaserne, eksempelvis i form af case-baseret audit.

### Hvad er audit?

Audit er en metode til systematisk vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets aktiviteter, som kan udføres med forskellige formål<sup>1</sup>.

Audit kan ske med fokus på læring eller kontrol. Auditeringen kan målrettes en overordnet vurdering af kvaliteten på området, eller fokusere på vurdering af outlier-resultater - enten for at bidrage til forbedringsindsatser eller for at reagere på mistanke om kvalitetsbrist.

Uanset formål kan selve auditeringen ikke stå alene i en kvalitetsudviklingsproces, men skal følges af feedback til 'leverandørerne' af de ydelser, der auditeres. Forberedelsen af audit er væsentlig for en effektiv vurdering af kvaliteten og for at sikre, at væsentlig viden til sundhedsvæsenet leveres til rette tid og sted – og dermed for at viden kan danne grundlag for forbedringer af kvaliteten.



Figur 1. Trin i kvalitetsudviklingsprocessen<sup>2</sup>

Læs mere om auditbegrebet i bilag a.

<sup>1</sup> Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2022

<sup>2</sup> Figuren er modificeret efter <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/FINAL-Best-Practice-in-Clinical-Audit-2020.pdf> og <https://dsk.dk/wp-content/uploads/2017/05/Audit-en-metode-til-kvalitetsudvikling-af-klinisk-praksis.pdf>

## National kvalitetsaudit i RKKP - styregruppens evaluering af årsresultater

RKKP skaber via styregrupperne i de kliniske kvalitetsdatabaser et rum, hvor klinisk aktive eksperter sammen med relevante ledelsesrepræsentanter og patientrepræsentanter, skaber et fælles overblik over centrale kvalitetsmål for et afgrænset område – på tværs af geografier, sektorer og fagligheder. Et fælles resultatoverblik er nødvendigt for, at der kan tages effektive beslutninger om forbedringsindsatser.

Styregruppen danner samtidigt en ramme om opfølgning på de tidligere anbefalede indsatsers effekt på resultaterne for kvaliteten på området.

Én gang årligt samles styregruppen for en kliniske kvalitetsdatabase til **national kvalitetsaudit**.

Den nationale kvalitetsaudit danner rammen for systematisk vurdering af kvaliteten samt vidensdeling og inspiration på tværs af landet og skal i sidste ende understøtte, at viden fra kvalitetsdatabaseen omsættes i handlinger, der bidrager til høj og ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet. Styregruppen skal derfor have fokus på, at resultaterne fra audit efterfølgende formidles til klinikere, ledere og øvrige interessenter, som ikke har deltaget i mødet.

Materialet, der tages udgangspunkt i som forberedelse til auditeringen, er det forgangne års resultater, der beskrives i den kliniske kvalitetsdatabases årsrapport.

På national kvalitetsaudit skabes et overblik over status på kvaliteten på området og det vurderes, om årets kvalitetsniveau er tilfredsstillende, set i sammenhæng med udviklingen de foregående år. Samtidigt vurderes, hvorvidt der er variation i den leverede kvalitet på tværs af landet.

Hvis udviklingen generelt går i den rigtige retning, med tilfredsstillende hastighed, kan styregruppens vurdering og tilbagemelding være: Fortsæt det gode arbejde. Hvis udviklingen derimod ikke går i den ønskede retning, eller årets resultat ligger under ønsket niveau uden at der sker forbedringer på området, skal der handles for at skabe kvalitetsudvikling på området. Styregruppen kommer med anbefalinger til disse handlinger og anfører, hvem der tænkes at udføre handlingerne.

Væsentlige spørgsmål til besvarelse under national kvalitetsaudit er nedenstående:

- Hvordan ser kvaliteten overordnet ud på området?
- Er styregruppen tilfreds med kvalitetsniveauet og udviklingen - eller skal der gøres noget andet?
- Hvad er de centrale kvalitetsudfordringer og fremskridt i årets løb? Og hvor er de sket?
- Er der variation? Herunder gode resultater som i særlig grad kræver opmærksomhed for spredning, eller kritiske resultater der kræver særlig handling?
- Hvad formidlede og anbefalede vi sidste år? Blev de anbefalede handlinger iværksat? Ser vi den forventede/ønskede effekt?
- Hvilke handlinger anbefales? Hvem skal udføre handlingerne? Og hvem kan vi lære/inspireres af?
- Hvem skal kende resultaterne af auditeringen?

Udgangspunktet for national kvalitetsaudit er resultater for den enkelte kvalitetsdatabases kernemålepunkter; **databasens indikatorer**, som er præsenteret i databasens årsrapport. Databasens indicatorsæt er valgt og defineret af den samlede styregruppe<sup>3</sup>. Valg af indikatorer sker ud fra den eksisterende evidens på området eller ud fra styregruppens fastsættelse af god klinisk praksis, herunder inddragelse af patientperspektivet<sup>4</sup>. Ved opstart af en kvalitetsdatabase eller ved større ændringer i indicatorsættet iværksættes en høringsproces efter indikatorudviklingen, hvor der efterspørges input og evt. dialog med det kliniske bagland samt øvrige involverede parter.

Vurdering af kvaliteten under audit foregår som udgangspunkt efter eksplicitte kriterier, idet styregruppen ofte har fastlagt **standarder** for det efterstræbte kvalitetsniveau for indikatorerne – eller som minimum angivet en forbedringsretning/ønsket interval for målet<sup>5</sup>.

Styregruppens **forberedelse** til **national kvalitetsaudit** består i at forholde sig til resultaterne i udkastet til årsrapporten. Rapporten udsendes forud for mødet, så mødedeltagere kan vurdere resultaterne og eventuelt inddrage baglandet i vurderingen. Styregruppemedlemmer med ansættelse i en region kan, ved behov og som tiden tillader det, opsøge dialog med det kliniske bagland om fortolkning af resultater og målopfyldelse mv. samt eventuelt inddrage regions-, hospitals- og afdelingsledelse<sup>6</sup>.

Om muligt kan der ved identificerede outlier-resultater iværksættes en **lokal case-baseret audit** (læs mere om denne længere nede i teksten), således at baggrunden for resultatet kan uddybes allerede under auditmødet. Evt. kan denne auditering udnytte de løbende indikatorresultater leveret via lokale BI-systemer<sup>7</sup>.

Der er mange faste punkter på **dagsordenen** for **styregruppens årlige nationale kvalitetsaudit**, herunder vurdering af datagrundlag og gennemgang af hele indicatorsættet. Punkterne skal tilsammen sikre den systematiske vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets aktiviteter.

Gennemgang af analyser og resultater i årsrapporten kræver ofte drøftelse af datateknisk karakter, da styregruppen har behov for at kende datagrundlaget for resultaterne i detaljer. Dette for at kunne 'sige god' for, at konklusioner og anbefalinger troværdigt kan udtrages fra resultaterne.

For at mødetiden prioriteres og at der holdes fokus på væsentlige forhold af betydning for vurdering af kvaliteten på området, kan der ved mødets start være en kort drøftelse – eller regulær runde - blandt de kliniske medlemmer om, hvad de opfatter som centrale kvalitetsudfordringer og

---

<sup>3</sup> [Klinisk Kvalitetsudvikling og indicatorsæt i RKKPs kliniske kvalitetsdatabaser, Vejledende principper for indicatorsæt i RKKP](#)

<sup>4</sup> [Evidensrapporter i RKKP](#)

<sup>5</sup> Notat om standardfastsættelse i RKKPs kliniske kvalitetsdatabaser (følger)

<sup>6</sup> [Anbefalinger til samarbejde mellem regionale medlemmer af de kliniske kvalitetsdatabasers styregrupper og regioner](#)

<sup>7</sup> <https://www.rkkp.dk/resultater/lobende-resultater/>

fremskridt i årets løb. Herved etableres et fælles referencepunkt og prioritering i forhold til mødets øvrige punkter.

Under den systematiske gennemgang af datagrundlag og indikatorsæt vurderer styregruppen, om data er retvisende for den faktiske kvalitet, samt om indikatorerne fortsat er anvendelige til praktisk kvalitetsudvikling.

Identificerede opmærksomhedspunkter om behov for større ændringer og udvikling for databasen dagsordenssættes til drøftelse på førstkommende udviklingsmøde i styregruppen.

Ud fra drøftelserne på national kvalitetsaudit færdiggøres kommenteringen af årets resultater i årsrapporten, så centrale konklusioner og anbefalede handlinger formuleres kort og præcist, så de fremgår tydeligt. Fokus bør være på kliniske og ledelsesmæssige tiltag, der vurderes at kunne bidrage væsentligt til at forbedre patientbehandlingen.

Sammen med årsrapporten udarbejdes en tilhørende one-pager til Ugeskrift for Læger. One-pageren indeholder en kort tekst, der opsummerer de vigtigste fokuspunkter i årsrapporten. One-pageren offentliggøres online på ugeskriftet.dk og flere også i det trykte blad.

Styregruppen kan med afsæt i national kvalitetsaudit opfordre enkeltafdelinger til at gennemgå resultater på enhedsniveau. Optimalt, om tidsmæssigt muligt, kan resultaterne fra den lokale gennemgang inddrages i den offentliggjorte årsrapport, som uddybende forklaring på outlier-resultater eller som inspiration til forbedringstiltag.

Det er essentielt, at databasernes resultater gøres til genstand for ledelsesopfølgning med afsæt i en lærende dialog med de faglige miljøer. Den auditerede årsrapport fra databasen sendes til kommentering i de enkelte regioner i en 4 ugers periode. Eventuelle kommentarer fra den enkelte region, omhandlende forhold i denne region, offentliggøres i databasens årsrapport i særskilt afsnit.

**Datasættet bag årsrapportens resultater** udsendes i KKA-format<sup>8</sup> til fremvisning i regionernes BI-systemer, og stilles til rådighed for øvrige involverede modtagere (speciallæge praksis, almen praksis, kommuner, private aktører). Årsrapport-datasættet udsendes som udgangspunkt samtidigt med at årsrapporten udsendes til kommentering i regionerne og således efter auditering af datagrundlaget og de formidlede resultater. Datasættet kan dermed benyttes til lokal gennemgang og vurdering, og, hvis data foreligger tidligere, til styregruppemedlemmernes forberedelse til national kvalitetsaudit.

Årsrapporten sendes fra RKKP's Videntcenter til videre distribution i regionerne og øvrige interessenter samt til offentliggørelse på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk).

---

<sup>8</sup> [De kliniske kvalitetsdatabasers afrapporteringsmodel \(KKA\)](#)

## Case-baseret audit

Lokal opfølgning efter national kvalitetsaudit er væsentlig for at evaluere og handle på egne resultater, samt for at sikre, at de afrapporterede resultater er retvisende for den faktisk leverede kvalitet. Data præsenteret i BI-systemerne giver mulighed for en gennemgang af de resultater, der fremgår i årsrapporten (jf. tidligere beskrivelse af årsrapportdatasæt i KKA).

I lokale data kan de underliggende cpr-numre fremsøges for de patientforløb, der ønskes undersøgt nærmere ved opslag i det lokale patientjournalssystem, evt. suppleret med øvrige lokale data. Spørgsmål, der søges belyst kan f.eks. være hvilke patienter, der ikke har opnået det ønskede resultat, eller ikke har modtaget den anbefalede behandling. Det kan også være undersøgelse af, hvilke patientforløb der ikke indgår i resultatet på grund af manglende oplysninger, hvor grunden til eksklusion er angivet i datasættet.

## Formidling af resultater efter auditering

Offentliggørelse på [Sundhed.dk](https://www.sundhed.dk) sikrer åben adgang til styregruppens vurdering af kvaliteten på området samt tilhørende anbefalinger til forbedringsskabende initiativer.

Styregruppen skal i rimeligt omfang være tilgængelig for præsentation og dialog om kvalitetsresultater og anbefalinger for en bredere kreds. En bred involvering understøtter engagementet blandt interessenter på området og giver styregruppen indsigt i resultaternes, samt de planlagte anbefalingers, betydning i en bredere sammenhæng.

Eksempler på initiativer der kan iværksættes for kommunikation af auditresultater og dialog med en bredere kreds:

- Invitation til åbent webinar, databasedag, minisymposium eller lignende, hvor resultater fra auditering præsenteres og drøftes
- Præsentation ved faglige selskabers årsmøder og kongresser eller audit på tværs af databaser på beslægtede områder (f.eks. kræft, hjerte, psykiatri)

## Løbende opfølgning på egne data og resultater

Årsrapporter fra kliniske kvalitetsdatabaser skal jf. bekendtgørelseskrav<sup>9</sup> offentliggøres senest 6 måneder efter skæringsdato for resultatopgørelsen i årsrapporten. Tidsaktuelle resultater fra databaserne leveres med højere frekvens til løbende visning og opfølgning i regionernes BI-systemer (KKA-format). Resultaterne udsendes dagligt, ugentligt eller månedligt fra RKKP's Videntcenter – og opdateres afhængig af datakildernes opdateringsfrekvens<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> BEK nr 881 af 26/06/2018 Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser

<sup>10</sup> <https://www.rkkp.dk/resultater/lobende-resultater/>



Data tæt på egen kliniske hverdag er med til at øge relevansen, tydeliggøre sammenhæng til resultater fra databasen samt øge engagementet i kvalitetsudviklingsarbejdet. Data kan bruges til at følge op på resultater, til benchmarking i forhold til lokale og nationale mål og ikke mindst til løbende at vurdere effekten af lokale forbedringsinitiativer.

De løbende resultater og data bør jævnligt vurderes i forhold til, om de giver et retvisende billede af kvaliteten i afdelingen. Den løbende afrapportering giver også mulighed for at vurdere, om de data, der er overført til databasen, vil give et retvisende billede af virkeligheden i den kommende årsrapport. Hvis der opstår undren eller spørgsmål til beregningerne bag resultaterne, er det en anledning til at give feedback til den kliniske kvalitetsdatabases RKKP team. Denne validering af data er essentiel for troværdigheden og dermed anvendeligheden af databasens resultater.

Kontaktoplysninger findes under de enkelte databaser her:

<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/>

Resultaterne og den genererede viden fra de kliniske kvalitetsdatabaser bør på alle niveauer vurderes ud fra lokal kontekst samt understøtte dialoger om nødvendig udvikling og handling. En lokal organisering af kvalitetsarbejdet, der understøtter omsætning af viden fra den nationale kvalitetsaudit, kan med fordel beskrives og implementeres. Dette så der skabes sammenhæng og fælles fokus i kvalitetsudviklingsarbejdet.

For at arbejdet i styregruppen skal give værdi for patienter, skal viden omsættes til handling. Dette kræver evne og vilje til at anvende resultaterne konstruktivt i et fremadskuende og kvalitetsudviklende perspektiv på mange niveauer i sundhedsvæsenet (afdeling, hospital, region, sundhedsfaglige råd etc.) med inddragelse af sundhedsvæsenets øvrige aktører (kommuner, almen praksis og speciallægepraksis etc.).

## Bilag a. Definition af forskellige typer af audit

Audit kan både gennemføres som en intern eller ekstern gennemgang af kvaliteten. Ved en **intern audit** gennemgår og vurderer sundhedsfagligt personale evt. sammen med kvalitetsmedarbejdere egen praksis. Ved en **ekstern audit** vurderer personer, der ikke direkte har bidraget til resultaterne, kvaliteten. Her kan være tale om eksterne konsulenter eller 'besøgende' f.eks. faglige eksperter fra andre dele af landet.

En audit kan herudover være kvalitativ eller kvantitativ. En **kvantitativ audit** er baseret på indsamlede data for kvaliteten, der ønskes vurderet. En **kvalitativ audit** er en case-baseret analyse af det udførte kliniske arbejde f.eks. på grundlag af journaloplysninger eller andet ad hoc indsamlet materiale for patientforløb i fokus<sup>6</sup>. De kvantitative opgørelser kan vise variationer over tid eller geografi og anvendes til at udpege områder, hvor der er behov for at foretage en dybtgående kvalitativ audit.

Endelig kan audit foretages ud fra **eksplicite kriterier**, hvor resultater vurderes op mod på forhånd fastsatte og veldefinerede, objektive mål. Hvis kriterier ikke kan fastlægges forud for audit må audit gennemføres ud fra **implicitte kriterier**, hvor auditdeltagerne vurderer resultater ud fra egne erfaringer og holdninger<sup>11</sup>.

Første trin i processen omkring en audit er valg af område eller emne for auditeringen. Herefter designes processen og data indsamles og klargøres, forud for en gennemgang af materialet. Auditører vurderer kvaliteten på basis af de indsamlede data på området, og ledsager konklusioner med anbefalinger om eventuelle behov for handling og/eller ændret praksis (se figur 1).

---

<sup>11</sup> Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Klaringsrapport nr. 9. 2000.