



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram



Audit i kvalitetsdatabaserne

- fra data til konklusioner, anbefalinger og handling

Kl. 8.30 – 9.30

Klinisk Kvalitetskonference 2022



✓ **Audit – begreb og metode**

ved afdelingsleder i RKKP's Videntcenter,
Charlotte Cerqueira

✓ **Eksempler på audit i praksis**

ved overlæge ved Aalborg Universitetshospital
og formand for Landsregistret Karbase,
Christian Nikolaj Petersen

✓ **Input fra salen**



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Hvordan

Vi understøtter, at der skabes enighed om, hvad der er 'god behandling'; vi analyserer data og producerer viden i tæt samarbejde med klinikere, patienter og ledelser.

Hvorfor

Vi stræber efter høj og ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet – til gavn for borgere og patienter i Danmark.

Hvad

Vi leverer viden og bidrager til læring og forbedring i sundhedsvæsenet.



Hvad er audit?



Metode til systematisk vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets aktiviteter

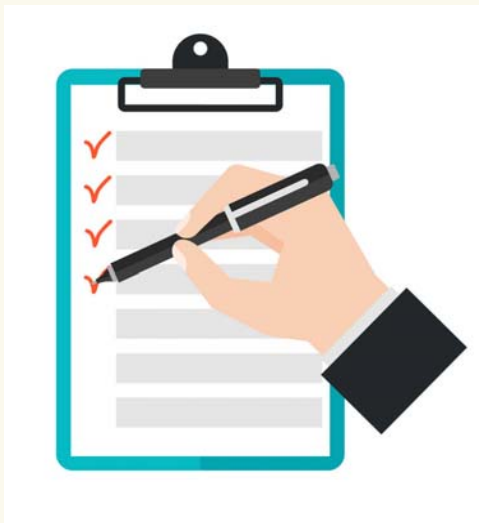
Kilde: Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til
kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2022

Audit i de kliniske kvalitetsdatabaser

- Minimum én gang årligt samles styregruppen for en kliniske kvalitetsdatabase til **national kvalitetsaudit**
- Andre auditeringer i forberedelsen til national kvalitetsaudit eller lokal opfølgning

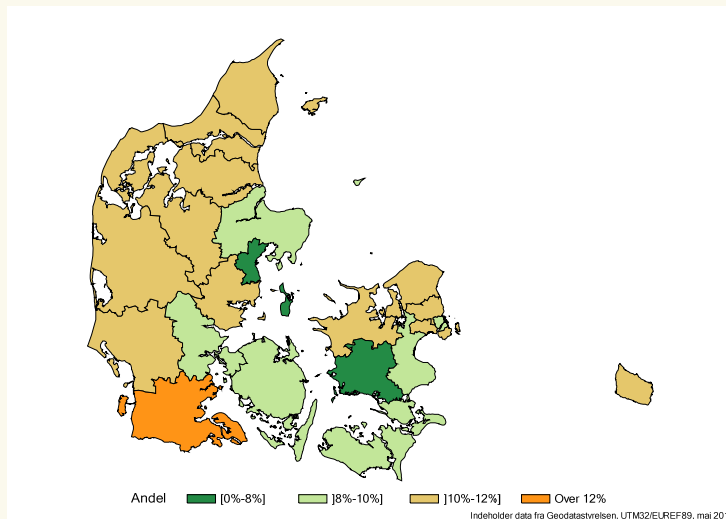


National kvalitetsaudit – fra data til konklusioner og anbefalinger



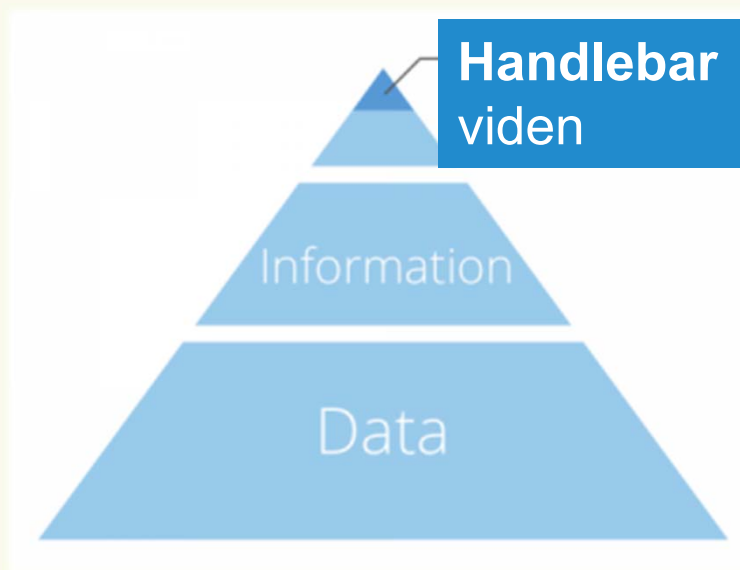
- Hvordan ser **kvaliteten overordnet** ud på området?
- Systematisk gennemgang baseret på **resultater for databasens indikatorer** – herunder også datagrundlaget
- Giver indikatorerne et **retvisende billede** af kvaliteten på området?
- Er styregruppen tilfreds med **kvalitetsniveauet og udviklingen** - eller **skal der gøres noget andet** for at nå et forbedret resultat?

National kvalitetsaudit – fra data til konklusioner og anbefalinger



- 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?
- **Opfølgning**: Hvad formidlede og anbefalede vi sidste år? Blev de anbefalede handlinger iværksat? Ser vi den forventede/ønskede effekt?

National kvalitetsaudit – fra viden til handling



- **Hvilke handlinger anbefales?**
Hvem kan udføre handlingerne?
Hvem kan vi lære af?
- **Hvem skal kende resultaterne af auditeringen?**

RKKP output – formidling af viden



Styregrupper
Klinikere
Ledelser
Kvalitetsafdelinger
Patienter/borgere
Myndigheder
Forskere

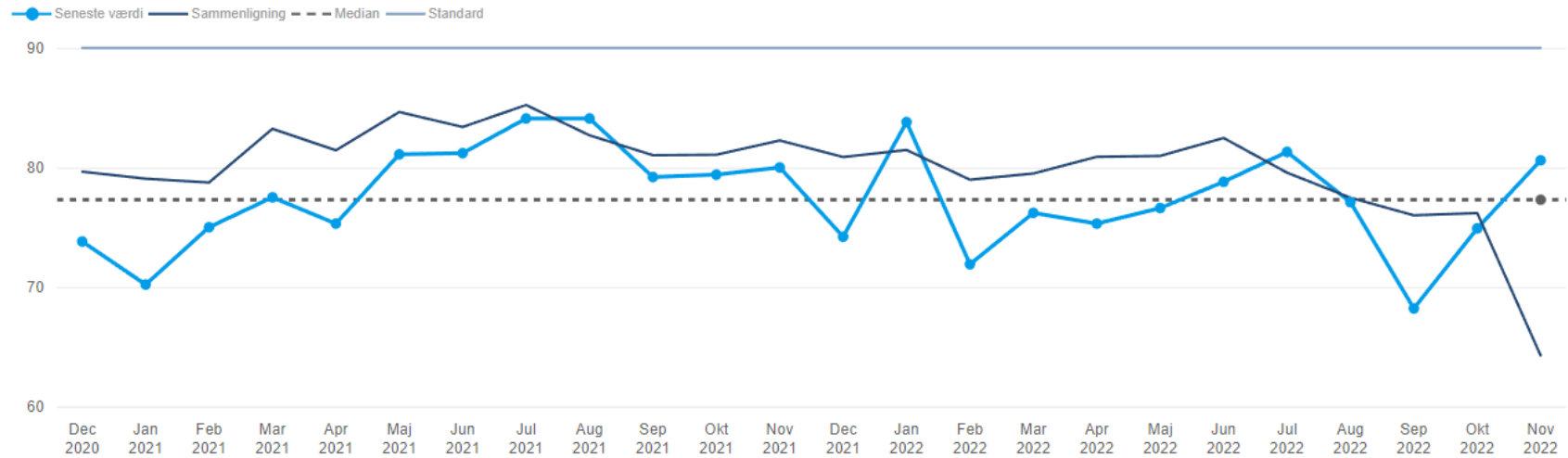
National kvalitetsaudit – fra viden til handling



- Essentielt at **data og resultater tolkes og handles på i 'lokal' kontekst**
- Fastlagt **organisation om kvalitetsudviklingen** ex. lokal audit med systematisk gennemgang af egne resultater, eller en case-baseret gennemgang af forløb
- RKKP-data i BI-systemerne kan understøtte processerne, suppleret med egne data

Løbende levering

Udviklingen over de seneste 24 måneder



Standard

>=90,0

Median

77,3

Databeskrivelse

Andelen af patienter, der mobiliseres inden for 24 timer efter operationens start

Statistik Proceskontrol

	Forventet	Faktisk	Stabil proces?
Max serie-længde	8	7	Ja
Min Antal kryds	8	9	



Region Hovedstaden | Sammenligning: Landsresultat

Valgt periode: November 2022

Data modtaget: 25-11-2022

Rapportdata opdateret: 26-11-2022

Rapporten er dannet: 28-11-2022



Opsummering national kvalitetsaudit



Styregruppen skaber via **national kvalitetsaudit** handlebar viden:

- Et fælles nationalt billede af kvaliteten på området
- Fulgt af anbefalinger til forbedringsskabende handlinger - om muligt med 'adresse'
- Viden om hvor der er udfordringer - eller sket fremskridt og positiv udvikling til inspiration og spredning

MEN...

**Kvalitetsudviklingen sker
hvor patienterne mødes**

**Er der behov for
handling?**

**Skal der gøres noget
andet - for at nå et
forbedret resultat?**



“What if we don't change at all ...
and something magical just happens?”

Audit i kvalitetsdatabaserne - fra data til konklusioner, anbefalinger og handling

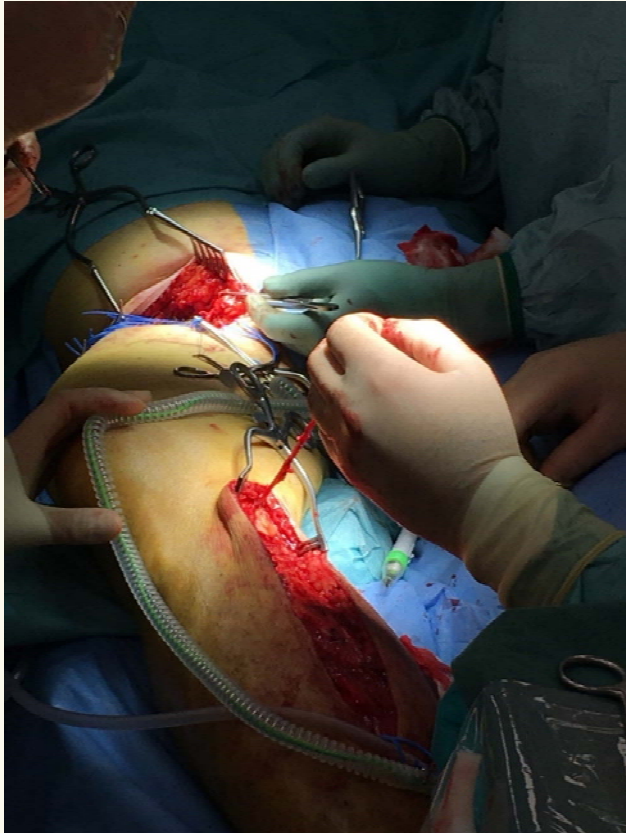
3 eksempler på brug af audit

Christian N. Petersen

Overlæge, Karkirurgisk afd. Aalborg Universitetshospital

Formand for Landsregistret Karbase

Lokal forankret audit med data fra RKKP



Entydige international anbefalinger

Eur J Vasc Endovasc Surg (2019) 58, S1–S109

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

**Global Vascular Guidelines
Limb-Threatening**

4. Medical management				
4.1	Evaluate cardiovascular risk factors in all patients with suspected CLTI.	1 (Strong)	B (Moderate)	I.C.A.I. Group, ³⁰ 1997
4.2	Manage all modifiable risk factors to recommended levels in all patients with suspected CLTI.	1 (Strong)	B (Moderate)	Armstrong, ³¹ 2014 Faglia, ³² 2014
4.3	Treat all patients with CLTI with an antiplatelet agent.	1 (Strong)	A (High)	Antithrombotic Trialists' Collaboration, ³³ 2002 Antithrombotic Trialists' Collaboration, ³⁴ 2009
4.4	Consider clopidogrel as the single antiplatelet agent of choice in patients with CLTI.	2 (Weak)	B (Moderate)	CAPRIE, ³⁵ 1996 Hiatt, ³⁶ 2017
4.5	Consider low-dose aspirin and rivaroxaban, 2.5 mg twice daily, to reduce adverse cardiovascular events and lower extremity ischemic events in patients with CLTI.	2 (Weak)	B (Moderate)	Anand, ³⁷ 2018
4.6	Do not use systemic vitamin K antagonists for the treatment of lower extremity atherosclerosis in patients with CLTI.	1 (Strong)	B (Moderate)	Anand, ³⁸ 2007
4.7	Use moderate- or high-intensity statin therapy to reduce all-cause and cardiovascular mortality in patients with CLTI.	1 (Strong)	A (High)	Leng, ³⁹ 2000 Heart Protection Study Collaborative Group, ⁴⁰ 2002 Meade, ⁴¹ 2002 Aung, ⁴² 2007 Mills, ⁴³ 2011 Rodríguez, ⁴⁴ 2017
4.8	Control hypertension to target levels of <140 mm Hg systolic and <90 mm Hg diastolic in patients with CLTI.	1 (Strong)	B (Moderate)	ACCORD Study Group, ⁴⁵ 2010 Bavry, ⁴⁶ 2010 Wright, ⁴⁷ 2015 (SPRINT) Moise, ⁴⁸ 2016
4.9	Consider control of type 2 DM in CLTI patients to	2 (Weak)	B (Moderate)	Selvin, ⁴⁹ 2004



Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak

Martin Altreuther¹, Kristin Krangsås Vikan¹ og Linn Hege Nilsen¹
i samarbeid med Fagrådet for NORKAR²

¹Registersekretariatet NORKAR, St. Olavs hospital

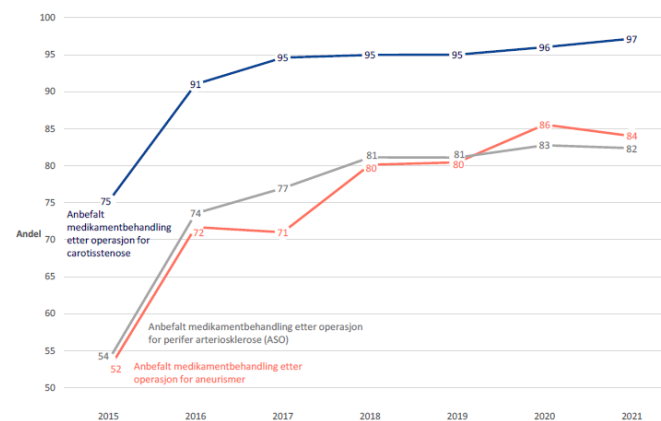
²Fagråd NORKAR

28. juni 2022

6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)

NORKAR gjennomførte et kvalitetsforbedringsprosjekt i 2017 og 2018 for å øke andel pasienter som mottar anbefalt medikamentell behandling i tråd med retningslinjene for sekundærprofylakse. Prosjektet er beskrevet i tidligere rapporter, og har ført til en økning i andel pasienter som får medikamenter i tråd med anbefalingen. Denne trenden har fortsatt til og med 2020, mens tallene for 2021 viser en liten nedgang for aneurismepasienter og pasienter operert for perifer arteriosklerose (ASO). Dette tilsier økt fokus på disse indikatorene i 2022.

Figur 81. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for anbefalt medikamentell behandling 2015-2021.

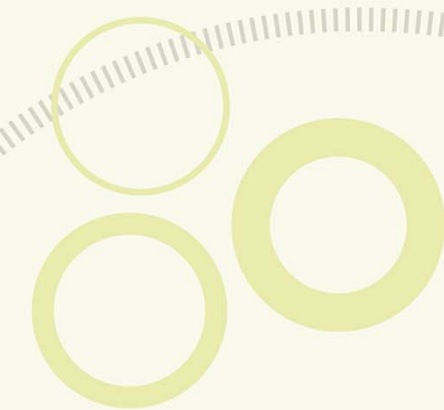


Analyser i årets rapport viser at pasienter med nedsatt blodforsyning til beina som får anbefalte medikamenter ved utreise har 10-15 % bedre overlevelse etter 5 år.

Figur 82. Overlevelse etter behandling for ASO gruppert etter anbefalt medikamentell behandling og kjønn, 2015-2021.

Indikator udviklet sammen med RKKP

- 100% registerbaseret
 - Landsregistret Karbase
 - Lægemiddeldatabasen/receptdatabasen
- Hvor mange indløser recept på
 - Blodfortyndende medicin
 - Lipidmodificerende midler



Resultater på landsplan (data)

Indikator 9d: Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget en karkirurgisk operation, og som er i eller opstartes i antitrombotisk OG lipidmodificerende behandling ifm. Indgrebet

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt		Tæller/nævner	antal (%)	01.12.2020 - 30.11.2021	2019/20
Danmark	Nej	895 / 1.185	33 (3)	75,5 (73,0-78,0)	959 / 1.318	72,8
Hovedstaden	Nej	165 / 234	15 (6)	70,5 (64,2-76,3)	168 / 236	71,2
Sjælland	Ja	114 / 138	1 (1)	82,6 (75,2-88,5)	92 / 127	72,4
Syddanmark	Nej	320 / 441	0 (0)	72,6 (68,1-76,7)	403 / 531	75,9
Midtjylland	Ja	196 / 239	15 (6)	82,0 (76,5-86,7)	193 / 277	69,7
Nordjylland	Nej	100 / 133	2 (1)	75,2 (67,0-82,3)	103 / 147	70,1

Audit med den lokale ledelse (konklusioner)

- Det er ikke godt nok!
- ”Hvorfor skal vi ikke være nummer 1?”



Lokalt BI værktøj (data)

The screenshot displays the Qlik Sense Enterprise interface. The top navigation bar includes the Qlik logo, 'Sense® Enterprise', a search icon, and a menu icon. On the left, a sidebar shows the user 'apyc' and a list of streams, with '120. AUH-AD-HOC' selected. The main dashboard area is titled '120. AUH-AD-HOC' and contains a grid of 24 data visualization cards. Each card features a representative icon and a title, such as 'Lånesenge', 'LPR-fejl NordEPJ og PAS', 'Kardiologi (NY) TEST', and 'Sengekryds'. The cards are arranged in a 4x6 grid. The bottom of the dashboard has a navigation bar with icons for home, search, and other functions.

Lokale data – leveret af RKKP

[RKKP] - KARBASE
 Data last loaded: Nov 14, 2022, 5:00 AM
 Published: Jun 7, 2022, 4:06 PM
 Published to: 350. KVALITET

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Sheets | Bookmarks | Stories

Public sheets (3)

- Overblik
- Aktivitetsdata
- Registrering

Overblik

Indikator: **Andel af patienter med perifer arteriel sygdom** | År: **2021** | Måned/år: **01/10/2022** | Organisation: **Nordjylland**

90 dages mortalitet efter EVAR: 2019

Overblik over målopfyldelse alle indikatorer

Indikator...	Indikatorbeskrivelse	National målopfyld...	Regional målopfyld...	Tæller (antal)	Nævner (antal)	Standa...	Forbedrin...
8d	Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget en karkirurgisk operation, og som er i eller opstartes i	76,5	75,2	100	133	80	>=

Datatabel

Indikatorbeskrivelse	CPR	Skæringsdato	Organisation_rappo
Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget en karkirurgisk operation, og som er i eller opstartes i antitrombotisk OG lipidmodificerende behandling ifm. Indgrebet	<i>[Signature]</i>	2021-12-09 00:00:00.000000	8001371
Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget en karkirurgisk operation, og som er i eller opstartes i antitrombotisk OG lipidmodificerende behandling ifm. Indgrebet		2021-05-03 00:00:00.000000	8001371
Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget		2021-05-14 00:00:00.000000	8001371

Data => Konklusion

- Søger ledelsesgodkendelse til opslag i EPJ
- Audit af relevante patientforløb

11 REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

Mennesker og
Organisation
Kvalitet og Forbedringsprocesser

27. februar 2010

NOTAT

Ledelsesgodkendelse af opgaver med opslag i patientdata til brug for kvalitetsarbejde

Opgaver med sundhedsfaglige kvalitetsformål skal godkendes i hospitalsledelsen

Ledelsesgodkendelse

Kan opgaven godkendes? (Sæt X)	
Ja:	<input checked="" type="checkbox"/>
Nej:	<input type="checkbox"/>

Godkendende leder _____

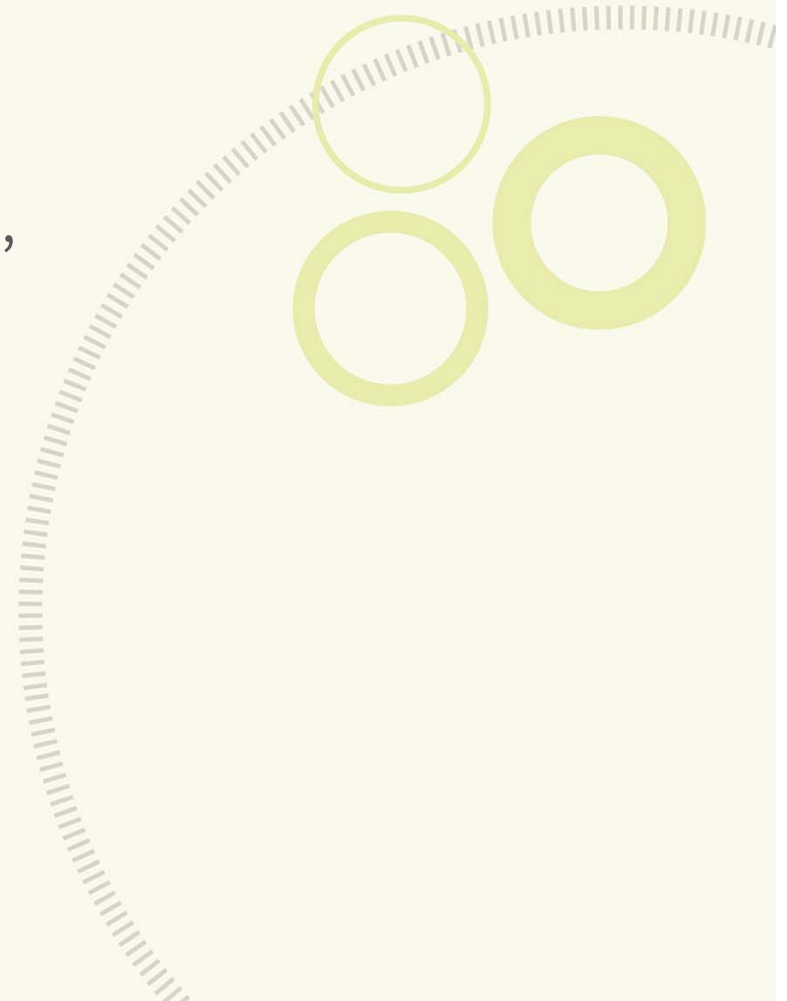
Dato for godkendelse 11/5-21

Data => Anbefaling

Tæller	Nævner	C_ADIAG	GC_PI_OPDATO	Årsag
	1	DI702A	2021-06-14 00:00:00,000	Død 4/8-22
	1	DI702A	2021-02-18 00:00:00,000	Mangler Statin, Fejl i Amb. Ved udskrivelse og kontrol...
	1	DI702A	2021-03-11 00:00:00,000	Mangler Statin, Fejl i Amb. Ved udskrivelse og kontrol...
	1	DI702A	2021-01-27 00:00:00,000	Mangler Statin, Fejl i Amb. Ved udskrivelse og kontrol...
	1	DI702A	2021-11-05 00:00:00,000	Egen læge har stoppe statin grundet alder
	1	DI702A	2021-11-09 00:00:00,000	Mangler Statin, Fejl i Amb. Ved udskrivelse og kontrol...
	1	DI702A	2021-05-31 00:00:00,000	Algoritmefejl
	1	DI702A	2021-09-10 00:00:00,000	Mangler Statin, Fejl i Amb. Ved udskrivelse og kontrol...

Data => Handling

- Formidling til alle ‘i den spidse ende’
 - Afdelingsledelsen
 - Fællesmøder
 - Læger
 - Spl.
 - Sekr.
 - Visualisering på tavler
 - Aktivt tilvalg => aktivt fravalg



Handling => kvalitetsforbedring (2022 data)

Oversigt over målopfyldelse alle indikatorer

Indikator...	Indikatorbeskrivelse	National målopfyld...	Regional målopfyld...	Tæller (antal)	Nævner (antal)	Standa...	Forbedrin...
8d	Andel af patienter med perifer arteriel sygdom (PAD), som har fået foretaget en karkirurgisk operation, og som er i eller opstartes i	82,5	86,5	45	52	80	>=

Audit forankret i styregruppen – kan vi gøre data mere tidstro?

Landsregistre

F

20	18. 05. 2022	National klinisk audit - kl 10 – 16 Severin Kursuscenter, Middelfart
----	--------------	---

26	30.06.2022	Den anonymiserede årsrapport offentliggøres på Sundhed.dk Årsrapporten sendes også til styregruppen og de regionale kontaktpersoner.
----	------------	--

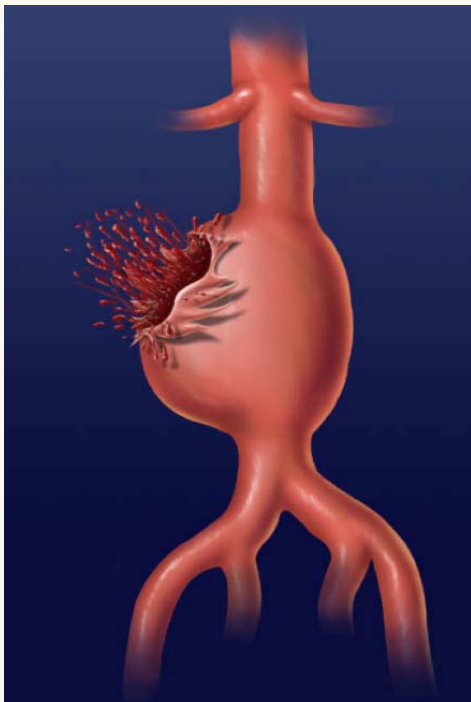
Offentliggjort 30. juni 2022

styregruppen (RKKP) Karhusbørn:
komplekse tabell i rapporten ud fra
indfølgende kommentarer og
kliniske audit sendt formandskabet
(CMT) de endelige reviderede

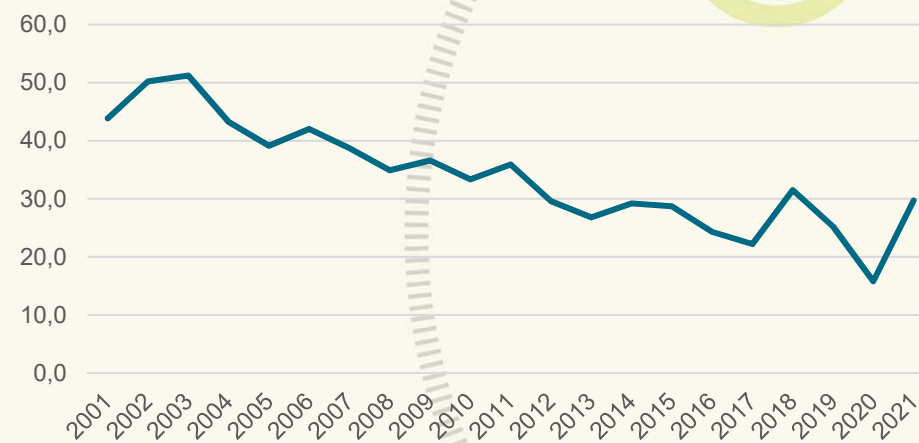
kontrol af kvalitetsniveauet i de
af de regionale rapporter
af patienter i rapporten og
regningsgrundlag ift.
og korrektur

bestyrelsen, klinisk
ledelse, og
it.

RKKP data findes tidstro i BI systemer



30 dages mortalitet efter rumperet
abdominalt aortaaneurisme, samlet i DK

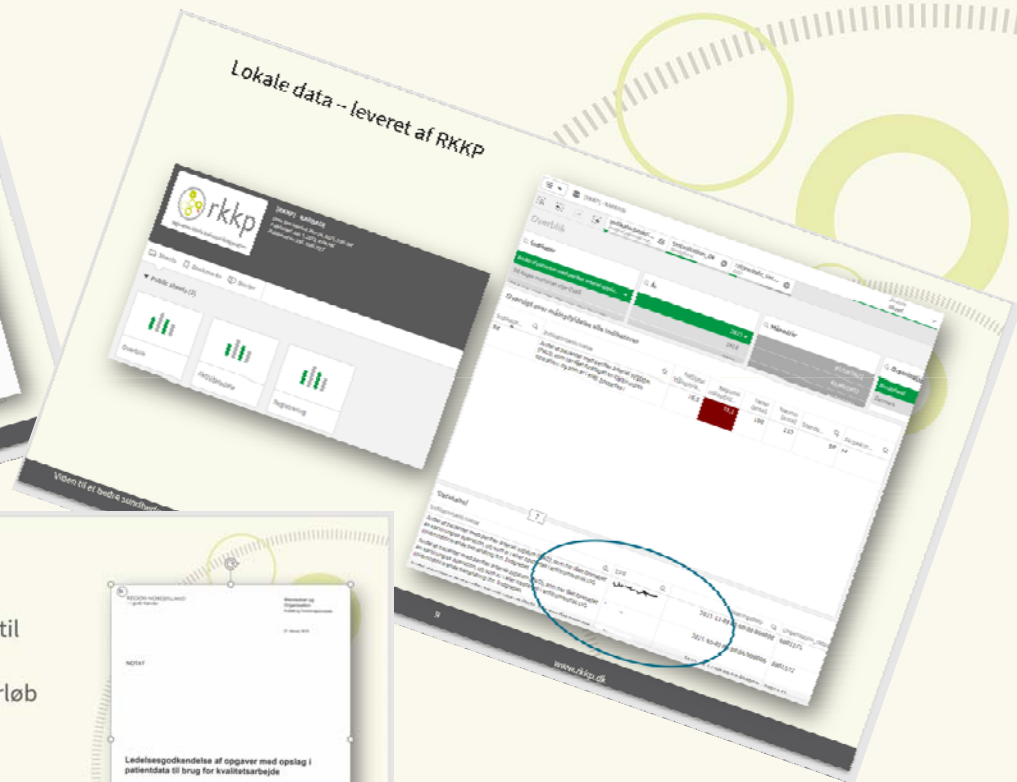


Løbende data giver mulighed for at medbringe analyse til audit

Indikator 3b: Antal patienter, der indlægges under diagnosen 'rumperet aortaaneurisme', der ej opereres

Standard ikke fastsat

Ptt. indlagt med DI71.3 overlevet højst 3 dage	Indlagte iflg LPR	Åben op iflg KMS	EVAR op iflg KMS	Ej oper iflg KMS	Ej oper / 100.000
Danmark	89	11	#	77	1,32
Hovedstaden	16	#	#	14	0,75
Sjælland	10	#	0	9	1,07
Syddanmark	23	3	0	20	1,63
Midtjylland	25	5	0	20	1,50
Nordjylland	15	#	0	14	2,37
Hovedstaden	16	#	#	14	0,75
Rigshospitalet	5	.	.	4	.
Bispebjerg	3	.	.	3	.
Hvidovre	4	.	.	3	.
Herlev	#	.	.	#	.
Nordsjælland	#	.	.	#	.
Bornholm	#	.	.	#	.
Sjælland	10	#	0	9	1,07
Region Sjællands Sygehusvæsen*	10	.	.	9	.
Syddanmark	23	3	0	20	1,63
Odense	8	.	.	8	.
Sønderjylland	5	.	.	4	.
Esbjerg	3	.	.	3	.
Kolding	6	.	.	4	.
Vejle	#	.	.	#	.
Midtjylland	25	5	0	20	1,50
Horsens	#	.	.	#	.
Aarhus	14	.	.	9	.
Viborg	#	.	.	#	.
Herning	#	.	.	#	.
Randers	6	.	.	6	.
Nordjylland	15	#	0	14	2,37
Aalborg	12	.	.	11	.
Hjørring	3	.	.	3	.



Data => Konklusion

- Søger ledelsesgodkendelse til opslag i EPJ
- Audit af relevante patientforløb

Viden til et bedre sundhedsvæsen 10 www.rkkp.dk

Konklusion, anbefaling og evt. handling allerede ved National Audit

- Fra Årsrapport 2020

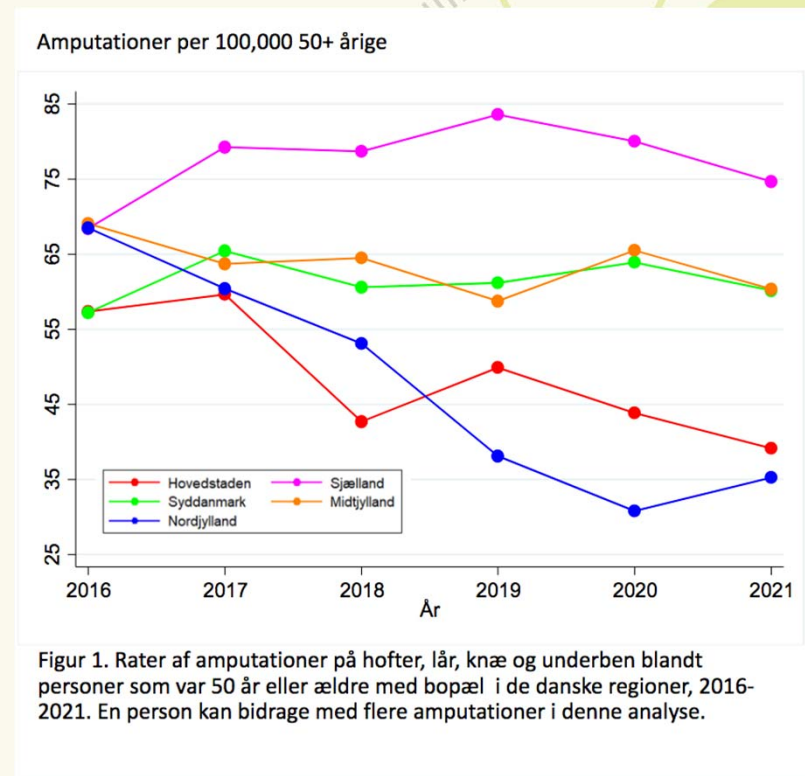
Diskussion og implikationer

Der er ikke fastlagt en standard. I år ligger Region Nordjylland betydeligt over landsgennemsnittet. RN har allerede lavet audit på de 14 patienter, som ikke blev tilbudt behandling. Denne viste, at der i alle tilfælde var tale om patienter, hvor behandlingen ville have været udsigtsløs. |

Audit af amputationssagen – i regionalt regi

- Landsregistret overvåger
 - Kvalitet af egne operationer/indgreb
 - Ikke ortopædkirurgiske operationer, herunder amputationer
- Tværfaglig sammensætning i styregruppen
 - Ortopædkirurg
 - Nyremediciner

Audit af amputationssagen – i regionalt regi



Jyllands-Posten

07/10/2022 KL. 15:30 | FOR ABONNENTER

Patientforening er forundret over resultat af undersøgelse af muligt fejlbehandlede

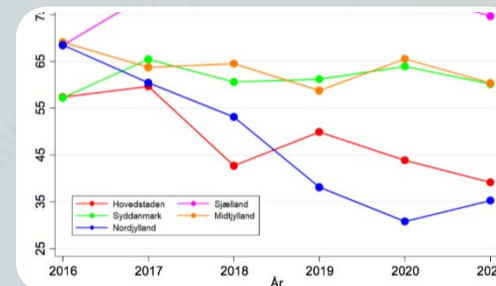
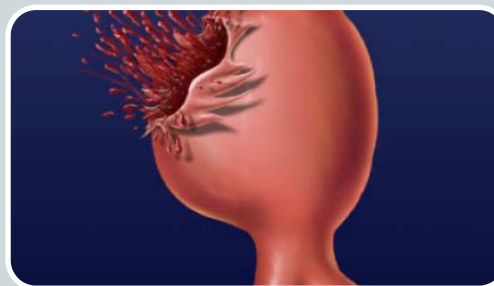
Diabetesforeningen kommer med klar opfordring efter opsigtsvækkende tal fra Region Sjælland i skandalesag.

24/11/2022 KL. 11:24

Region efter flere amputationssager: Udvider undersøgelse til ti år

Region Syddanmark udvider undersøgelse af benamputationer. Også Region Sjælland planlægger udvidelse.

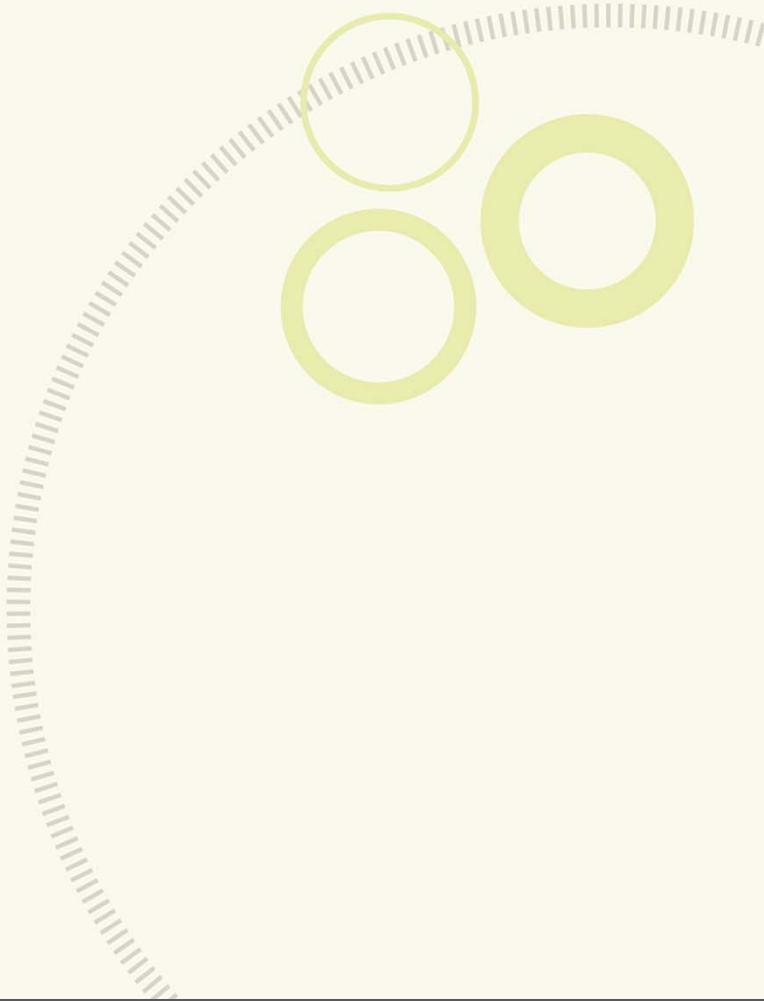
Data => konklusioner => anbefalinger => handling



Data let tilgængelige
Nemt at drage konklusioner
Simple anbefalinger
Let til handling og målbart kvalitetsløft

Data let tilgængelige
Mere komplekst at drage konklusioner
Mere komplekst at udlede anbefalinger og handle

Data er tilgængelige
Nemt at drage konklusioner
Meget komplekst at udlede anbefalinger og handle



Input fra plenum og drøftelse



Audit i kvalitetsdatabaserne - fra data til konklusioner, anbefalinger og handling



Viden fra databaserne skal ud og blive brugt til kvalitetsforbedring

- ***Hvordan får vi viden fra området ud til dem, der skal bruge den til at skabe kvalitetsudvikling?***
- ***...til rette tid, til rette personer?***

Audit i kvalitetsdatabaserne - fra data til konklusioner, anbefalinger og handling



Viden fra databaserne skal ud og blive brugt til kvalitetsforbedring

- ***Hvordan holder vi fast i udviklingsperspektivet og læringsperspektivet?***