#### Prioriteringskoncept version 1.4, foråret 2018

#### *Inkl. beskrivelse af anvendelse af konceptet i konkret prioritering*

**Konceptets formål**

Som udgangspunkt for prioritering af databasen skal foreligge en beskrivelse, som nuancerer volumen og alvorlighed og betydning af databasen. Dette betyder, at databasens RKKP-team i samarbejde med databasens styregruppe klart skal kunne beskrive, hvilke kvalitetsbrist/-forskelle, som databasen berører og hvilken effekt, databasen forventer at have samt hvilke mulige omkostninger uden for RKKP-regi (f.eks. udgifter til indberetning), databasen kan have.

I forhold til udfyldelse af skemaet, vil det typisk være tilknyttet RKKP-team, der skal stå for udfyldelse i tæt dialog med databasens formand/styregruppe. Skemaet skal udfyldes sammen med RKKP's ansøgningsskema og indsendes til [fagligkvalitet@rkkp.dk](mailto:fagligkvalitet@rkkp.dk) senest 20. april 2018 – læs mere her: http://www.rkkp.dk/okonomi/regionernes-udviklingspulje-for-klinisk-kvalitet/

Der kan henvises til online materiale/vedlagte dokumenter for oplysninger, der fremgår andre steder f.eks. af dokumentationsskabelon, årsrapporter, ansøgninger til Sundhedsdatastyrelsen om godkendelse: oplysninger, der fremgår af evt. udfyldt dokumentationsskabelon og/eller ansøgningsskema til Sundhedsdatastyrelsen i anvendelse efter 1.7.2016 er skraveret med grå.

Læs mere om anvendelsen af prioriteringskonceptet i Appendiks 1.

|  |  |
| --- | --- |
| **Prioriteringskoncept version 1.3**  **Rød skrift=eksempel på udfyldt koncept v/Dansk Voksen Diabetes Database i 2017)** | |
| Oplysningerne vil i kombination med oplysninger leveret i RKKP's ansøgningsskema indgå i prioriteringen af regionernes 2019-pulje til drift af de støttede, kliniske kvalitetsdatabaser | |
| **Databasens økonomi** | |
| **Ekstern finansiering**  *Beskrivelse af evt. ydelser/midler fra andre kilder end RKKP (f.eks. fondsstøtte, støtte fra patientforeninger eller industristøtte)* | Dansk Voksen Diabetes Database modtager ikke ekstern finansiering. |
| **Aftaler** | |
| **Aftaler**  Her beskrives, hvis databasens etablering eller drift følger af nationale aftaler eller lovgivning (kræftplaner, bekendtgørelser, anbefalinger fra Nordisk Ministerråd eller lign.) eller data fra databasen bruges til belysning af nationale mål eller kvaliteten på specialfunktioner udpeget i Sundhedsstyrelsens specialeplan | Ingen særlige aftaler/data anvendes ikke til belysning af nationale mål/specialeplan (nyt felt, derfor ikke udfyldt af Dansk Voksen Diabetes Database) |
| **Effekt af database** | |
| **Forventet klinisk effekt af databasen i forhold til afdækning af kvalitetsforskelle**  Udfyldes med hvilke kvalitetsmål, databasen ønsker opfyldt inden for de næste tre år. For resultatindikatorer angives konkrete ændringer i værdier (f.eks. ønske om opnåelse af bedste internationale standard; fald i dødelighed svarende til bestemt procentdel).  For struktur- og procesindikatorer sker beskrivelse af forventede strukturændringer (f.eks. koncentration af behandlingen; specialisering af det kliniske område) for procesindikatorer angives ændringer f.eks. ift. tilslutning til kliniske retningslinjer målt ved ændringer i opfyldelsesgrad af bestemte resultater eller bedre koordination mellem sektorer også angivet ved ændringer i bestemte indikatorresultater | Databasens formål er, at øge efterlevelse af de kliniske retningslinjer, og derudover fremme muligheden for koordination mellem primær og sekundær sektorer. DVDD bidrager sammen med DanDiabKids med data til Dansk Diabetes Database (DDD), dette samarbejde kan sikre overgang fra pædiatrisk regi til voksen regi sker uden kvalitetsbrist.  Inden for de næste tre år skal antallet af patienter, der ”forsvinder” i overgangen fra pædiatrisk behandling til voksenbehandling reduceres væsentligt. |
| **Bedømmelse af indikation** | |
| **Anvendelse til bedømmelse af behandlingsindikation**  Kan databasen medvirke til bedømmelse af korrekt indikation for behandling, visitation, pleje etc. | I 2010 blev der tilføjet udvalgte ”afledte procesindikatorer” til indikatorsættet, som måler i hvilket omfang særlige risikogrupper (patienter med begyndende nyrepåvirkning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol samt forhøjet HbA1c ved type 2 DM) er sat i relevant medicinsk behandling. Systematisk monitorering af behandlingskvaliteten baseret på disse indikatorer vil bidrage til yderligere styrkelse af dansk diabetesbehandling og dermed udligning af kvalitetsforskelle.  Indikatorerne er:   * *Andelen af patienter med type 2 diabetes med HbA1c, som ikke er sat i antidiabetisk behandling* * *Andelen af patienter med diabetes med blodtryk over 140/90, som ikke er sat i antihypertensiv behandling* * *Andelen af patienter over 40 år, som LDL over 2,5 som ikke er sat i lipidsænkende behandling* * *Andelen af diabetespatienter med mikro- eller makroalbuminuri, som ikke er sat i behandling med Acehæmmer/ATT2 receptor antagonist* |
| **Beskrivelse af database** | |
| **Sygdommens alvorlighed**  Død, disability, fravær fra arbejde, smerter osv | Diabetes er en kronisk sygdom, som patienterne lever med i mange år. Patienter med diabetes har en meget betydelig risiko for udvikling af sendiabetiske komplikationer fra øjne, nyrer, nervebaner, fødder samt hjerte-kredsløb. Derfor sigter en meget væsentlig del af behandlingen af patienter med såvel type 1 som type 2 diabetes mod forebyggelse, tidlig opsporing og intensiv behandling af disse sendiabetiske komplikationer.  Der er desværre stadig er en betydelig overdødelighed hos patienter med DM også selvom overdødeligheden specielt de sidste år er faldet betydelig.  Yderligere reference: dokumentalistrapport for DVDD, version 2,4, februar 2013. |
| **Behandlingskvalitetens målbarhed på området?**  Skal udfyldes af tilknyttet RKKP team/klinisk epidemiologog besvare spørgsmål om resultater fra databasen kan bruges til at diskriminere mellem god og dårlig behandlingskvalitet på afdelingsniveau |  |
| **Organisation, datakilder og forskning** | |
| Er der faglig enighed og opbakning til databasen/de valgte indikatorer? | Er alle berørte regioner klinisk repræsenteret i styregruppen  X ja   * nej   hvis ”nej”, beskriv manglende repræsentation:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Er alle involverede autoriserede faggrupper repræsenteret i styregruppen  X ja   * nej   Hvis ”nej” angiv involverede faggrupper ikke repræsenteret  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Er alle involverede specialer repræsenteret i styregruppen  X ja   * nej   Hvis ”nej” angiv berørte specialer ikke repræsenteret  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Er databasens styregruppe enige om, at indikatorsættet er relevant til monitorering af behandlingskvaliteten  X ja   * nej   Hvis ”nej” beskriv mangler ved indikatorsættet og evt. planer for udbedring af disse  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indberetter alle behandlingsenheder (afdelinger, sygehuse, praksis, kommuner)/regioner systematisk til databasen:  ja  X nej  Hvis ”nej” beskriv antallet af enheder, der systematisk ikke indberetter – og evt. kendt begrundelse for manglende indberetning  Der indberettes systematisk fra alle hospitalsenheder. For almen praksis afventes aftale omkring genoprettelse af dataindberetning fra diabetesbehandlingen i denne sektor. Indtil slut 2014 indrapporteredes data fra et støt stigende antal praktiserende læger, hvor over 1700 af i alt ca 2000 praksis indberettede til databasen i 2014. Næsten alle var tilmeldt indberetningssystemet.  Databasens styregruppe har flere gange understreget vigtigheden af at få belyst kvaliteten af behandlingen af diabetes i almen praksis, hvor langt de fleste patiner med type 2 diabetes aktuelt følges. |
| Er der regional opbakning til databasen/hvis relevant: er der opbakning fra Kommunernes Landsforening (tværsektorielle databaser) | Udfyldes af RKKP ved høring af de regionale medlemmer af RKKP-bestyrelsen hhv. KL) |
| Bredde i databasen – hvilke af de flg. dimensioner er dækket af indikatorsættet  (Institute of Medicine-domæne  Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academy Press; 2001. Go to: http://www.nap.edu/books/0309072808/html) | X efterlevelse af evidensbaseret praksis  X lighed: Lige adgang/samme kvalitet  X patientsikkerhed   * patientoplevet sundhedseffekt * rettidighed: delay, ventetider * omkostningseffektivitet |
| Er der nationale kliniske retningslinjer på området? | X Ja, for hele området   * Nej * Ja, for dele af området   Hvis ”ja, for dele af området”, beskriv områder, der ikke er dækket:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Er der forskningspotentiale i databasen? | Projekt vedr. at få valideret og beskrevet diabetespopulationen  kvalitetsbrist i diabetesbehandlingen ved overgangen fra børne- til voksenregi  projektet: ”Quality of care for medical comorbidities among patients with schizophrenia”.’  Diabetes, diabeteskomplikationer og dødelighed hos etniske minoriteter i Danmark – betydningen af socioøkonomiske forhold og forskelle i behandlingskvalitet  projektet ” "Orale antidiabetikas betydning for udvikling af affektive lidelser" |
| Er der sundhedspolitisk fokus på området? | Hvis der ikke sker udfyldelse ved databasen/RKKP-team vil ske en vurdering af sekretariatet & prioriteringsgruppe ved behandling af ansøgning. |
| **Status (udfyldes kun af databaser, der har eksisteret i min. 2 år)** | |
| **Justering af indikatorsæt**  Hvornår blev det eksisterende indikatorsæt udviklet/senest justeret? | DVDD udviklede sit første indikatorsæt i 2005, der senest er blevet revideret i 2016. |
| Sker der løbende afrapportering af data? | X Via generisk model   * Til deltagende afdelinger via indberetningsmodulet * I ad hoc rapporter opdateret månedligt/kvartalsvist * Andet, beskriv   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Effekt af database?**  Beskriv databasens resultater over de seneste tre år i forhold kvalitetsforbedring og udligning af variation mellem afdelinger (ift. proces- og resultatindikatorresultater) samt evt. afdækkede strukturelle kvalitetsbrist. | Gennemførelse af de udvalgte procesindikatorer er en forudsætning for at patienterne kan modtage den nødvendige og tilstrækkelige behandling og forebyggende kontrol for at undgå senkomplikationer (måling af HbA1c, blodtryk, kolesterol, undersøgelse for urinalbuminuri, øjenscreening, fodundersøgelse). Kvalitetsopfyldelsen af disse processer har været stigende gennem årene og der kan nu ikke længere ses interregional variation på området. Dog er der til stadighed intraregional variation, hvorfor der fortsættes med monitorering på disse områder.  Der har været anvendt mange forskellige procedurer og metoder til monitorering af udvikling af nyresygdom, hvor DVDD har indført standardiserede målemetoder i et samarbejde med Dansk Selskab for Klinisk Biokemi og mikrobiologi og retningslinjerne på området. Afrapporteringen fra DVDD kan nu afspejle om disse efterleves. |

**Appendiks 1 – anvendelse af konceptet**

Udmøntning af midler og ydelser fra RKKP's pulje er baseret på et prioriteringskoncept, hvor formålet er, at kunne prioritere databaserne med udgangspunkt i deres anvendelighed til kvalitetsforbedring af fx behandlingspraksis. Brug af konceptet til databaseprioritering har skullet sikre, at der forefindes en uddybende beskrivelse af databasen som supplement til ansøgningsskemaet som grundlag for bestyrelsens prioritering. Beskrivelsen har bestået af bl.a. et grundigt overblik over den forventede effekt af databasedrift på området herunder, hvilke kvalitetsbrist/-forskelle databasen berører.

I prioritering af alle databaser tages udgangspunkt i en scoring af databasen ift. de nedenstående kriterier fra prioriteringskonceptet – derudover er besluttet, at kun nye databaser, der direkte imødekommer de fastsatte udviklingsmål for databaser (<http://www.rkkp.dk/om-rkkp/udviklingsmal-2015/>) kan prioriteres. Her har været særligt fokus på, om databaserne dækker den samlede sygdomstilstand og ikke kun én del af behandlingen.

Som det fremgår i scoringen, er der bl.a. lagt vægt på den potentielle kliniske effekt af databasen samt om databaserne er tværsektorielle. Derudover er inddraget forskningspotentialet i databaserne.

Scoringselementer

* Tværfaglighed (10 point for én profession; 25 point for to/flere)
* Antal sektorer dækket (50-150 point: 50 point for sekundærsektoren; 50 for primær og 50 for kommuner)
* Betydning for monitorering af private aktører (0,10,25 point)
* Klinisk effekt
  + Effekt gående 3-10 år tilbage (0-10 point)
  + Effekt gående 0-3 år tilbage (0-25 point)
  + Vurderet forbedringspotentiale/forventet klinisk effekt fremadrettet (0,10,25,50 point; for nye databaser dobbelt op)
* Databasens anvendelse til bedømmelse af behandlingsindikation (0,10,25,50 point)
* Vurdering om databasen dækker den samlede behandling af tilstanden - alene fastsat ift. dækkede sektorer. (Teoretisk 0, 50, 100 point, men i praksis 50, 100)
* Eksistensen af kliniske retningslinjer inden for databasens dækningsområde (nationale – ikke skelet til om der er tale om sundhedsstyrelse- eller selskabs-retningslinjer), (0,25, 50 point)
* Forskningspotentiale (0,10,25,50 point)
* Indført fra 2018: Indikatorsættets dækning (50 point for resultatindikatorer; 30 for proces; 20 for strukturindikatorer)

Så gives fradrag for følgende forhold:

* Manglende løbende afrapportering: -50, hvis manglende afrapportering til ledelsesniveau; -100 hvis manglende løbende afrapportering til klinikken
* Høj grad af manuel indrapportering: -50 point

Andre hensyn, som fremgår af prioriteringskonceptet, men som ikke er inddraget i scoren er:

1. Sygdommens alvorlighed – faktoren blev opgivet i den praktiske scoring på baggrund af en konstatering af, at det ikke er nyttigt at drøfte hvad der er mest alvorlig: ti personer med hoftebrud eller to med velreguleret type 1-diabetes.
2. Dækkede IOM-dimensioner af indikatoren. De faktiske besvarelser på spørgsmålene viste manglende forståelse af kriterierne.
3. Faglig enighed/uenighed – meget svært at vurdere, og i sidste ende er det en ”dealbreaker”, hvis der er kendt faglig uenighed, vil en database aldrig kunne prioriteres.
4. Om:
   1. en database for området kan anvendes til at belyse kvaliteten på specialiserede funktioner i Sundhedsstyrelsens specialeplan
   2. området dækket af databasen indgår i nationalt vedtagne planer (kræftplaner, hjerteplaner) incl. Sundhedstyrelsens kliniske retningslinjer
5. Muligheden for at anvende andre metoder til kvalitetsmonitorering end databaser

Disse forhold indgår altså ikke i score, men inddrages i den samlede vurdering foretaget på baggrund af sagsbehandling i RKKP's ledelsessekretariat og behandling i en prioriteringsgruppe bestående af repræsentanter for fagligt råd og observatør fra Sundhedsdatastyrelsen.