



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Velkommen til parallelsession om indikatorer og standarder

Det gode indicatorsæt og anvendelsen af standarder. Henrik Møller. 15 minutter

Erfaringer fra database for atrieflimren. Lars Frost. 10 minutter

Erfaringer fra database for hjerterehabilitering. Ann Bovin. 10 minutter

Diskussion 25 minutter.



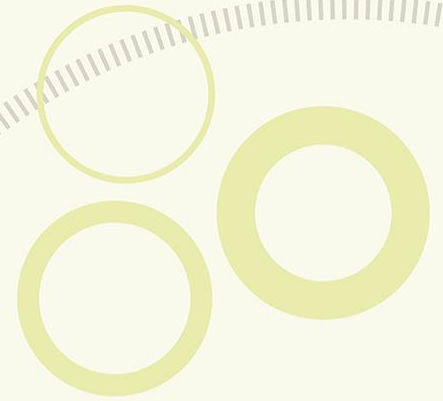
rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indikatorer, standarder og målopfyldelse

Diskussionsoplæg om god praksis i de danske kvalitetsdatabaser.

31/10 2023



Indikatorer

Daproca indikatorer 2023

Indikator	Type	Standard
Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	5%
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	15%
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	40%
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	Resultat	
Indikator 5: Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Proces	10%
Indikator 6: Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Proces	60%
Indikator 7a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	Proces	
Indikator 7b: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score	Proces	
Indikator 7c: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Proces	

Hvad er en god indikator?

- Måling af en **kvalitetskritisk** egenskab i patientforløbet, jvf. kliniske retningslinier og evidens.
- Viser et **forbedringspotentiale**.
- Er **handlingsanvisende**.

Avedis Donabedian

Struktur – Proces – Resultat

Evaluating the Quality of Medical Care



AVEDIS DONABEDIAN

THIS PAPER IS AN ATTEMPT TO DESCRIBE AND evaluate current methods for assessing the quality of medical care and to suggest some directions for further study. It is concerned with methods rather than findings, and with an evaluation of methodology in general, rather than a detailed critique of methods in specific studies.

This is not an exhaustive review of the pertinent literature. Certain key studies, of course, have been included. Other papers have been selected only as illustrative examples. Those omitted are not, for that reason, less worthy of note.

This paper deals almost exclusively with the evaluation of the medical care process at the level of physician-patient interaction. It excludes, therefore, processes primarily related to the effective delivery of medical care at the community level. Moreover, this paper is not concerned with the administrative aspects of quality control. Many of the studies reviewed here have arisen out of the urgent need to evaluate and control the quality of care in organized programs of medical care. Nevertheless, these studies will be discussed only in terms of their contribution to methods of assessment and not in terms of their broader social goals. The author has remained, by and large, in the familiar territory of care provided by physicians and has avoided incursions into other types of

The *Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691-729)

© 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing.

Reprinted from The *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166-201). Style and usage are unchanged.

691

Resultatindikatorer

Høj relevans for patienten

Strukturindikatorer

Måles på enhedsniveau, ikke patientniveau. Bruges sjældent.

Procesindikatorer

Handlingsanvisende

Datakvalitetsindikatorer

Datakvalitet er vigtig, men skal ikke være kvalitetsindikatorer.

Det gode indicatorsæt

- Bør kunne dække begivenheder i hele patientforløbet
- Antal indikatorer som kan analyseres og kommenteres grundigt på styregruppens årlige møde om årsrapporten
- Typisk 5-15 indikatorer
- Opdateres løbende i relation til faglig udvikling og retningslinjer.

Indikatorer og standarder

- Dette er RKKPs kerneforretning og unikke rolle
- Om indikatorer: RKKP papir (2021); stort internt materiale; foredrag; interaktion med styregrupper
- Om standarder: Igangværende udvikling af vores politik. Foreløbigt RKKP papir (2023). Workshop med Fagligt Råd.
- 2/3 af de ca. 1000 indikatorer har en fastsat standard, og i 2/3 af de ca. 10000 indikatormålinger (med en standard) er standarden opfyldt.

Kerneforretning: Indikatorer og standarder

Der efterspørges også:

Forskning og
tematiske analyser

Opmærksomhed på
dårlig kvalitet

Nyttige og klare
oversigter

Standarder

- Indikatorer har ikke altid en fastsat standard
- Det er hyppigt at den fastsatte standard ikke er opfyldt
- → Standarden er ikke en ”rød linje”
- → Standarden er en ”grøn linje”



Stigende kvalitet

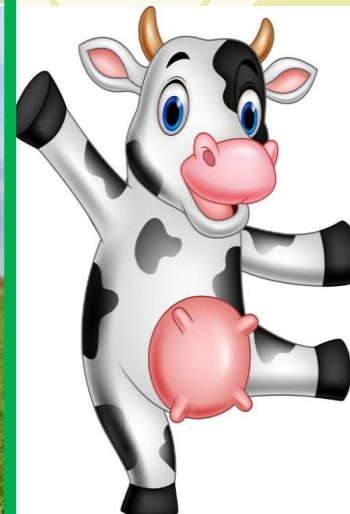




Standarden er ikke en rød linje



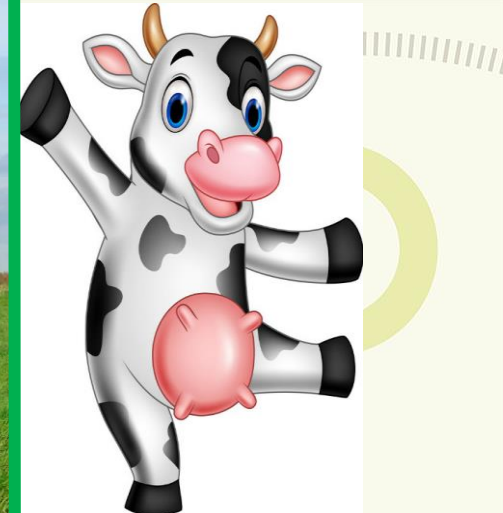
Stigende kvalitet



Standarden er en grøn linje

1/3 er ikke opfyldt

2/3 er opfyldt



Stigende kvalitet →

Meget lav

Lav

Mellem

Høj

Meget høj

Hvis standarden var en rød linje:
Høj grad af målopfyldelse, dvs. ikke-opfyldelse forekommer sjældent.
Rettet imod kontrol og monitorering.

Når standarden er en grøn linje:
Lavere grad af målopfyldelse, dvs. ikke-opfyldelse forekommer hyppigt.
Rettet mod udvikling og forbedring.

Der efterspørges også:

Forskning og
tematiske analyser

Opmærksomhed på
dårlig kvalitet

Nyttige og klare
oversigter

Stigende kvalitet



Meget lav

Lav

Mellem

Høj

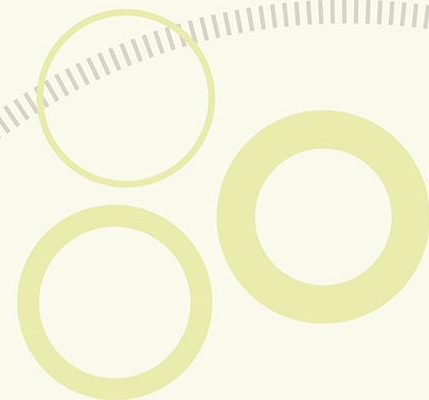
Meget høj

Hvis standarden var en rød linje:
Høj grad af målopfyldelse, dvs. ikke-
opfyldelse forekommer sjældent.
Rettet imod kontrol og monitorering.

Når standarden er en grøn linje:
Lavere grad af målopfyldelse, dvs.
ikke-opfyldelse forekommer hyppigt.
Rettet mod udvikling og forbedring.

Standarden som en grøn linje

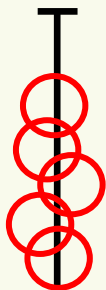
- Det ønskværdige niveau.
- En målsætning.
- En faglig ambition om god klinisk praksis.
- Fokus på positive eksempler og udviklinger.
- Standarder skal være realistiske og ambitiøse.



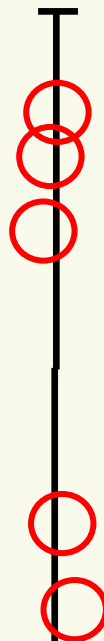
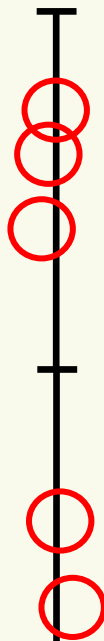
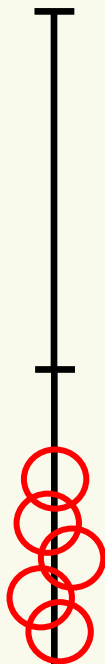
Standarden som en grøn linje

- Om at ”stå skoleret” for sin ledelse ved manglende målopfyldelse.
- Om at diskutere udviklingsplaner og behov ved manglende målopfyldelse.

Standard opfyldt

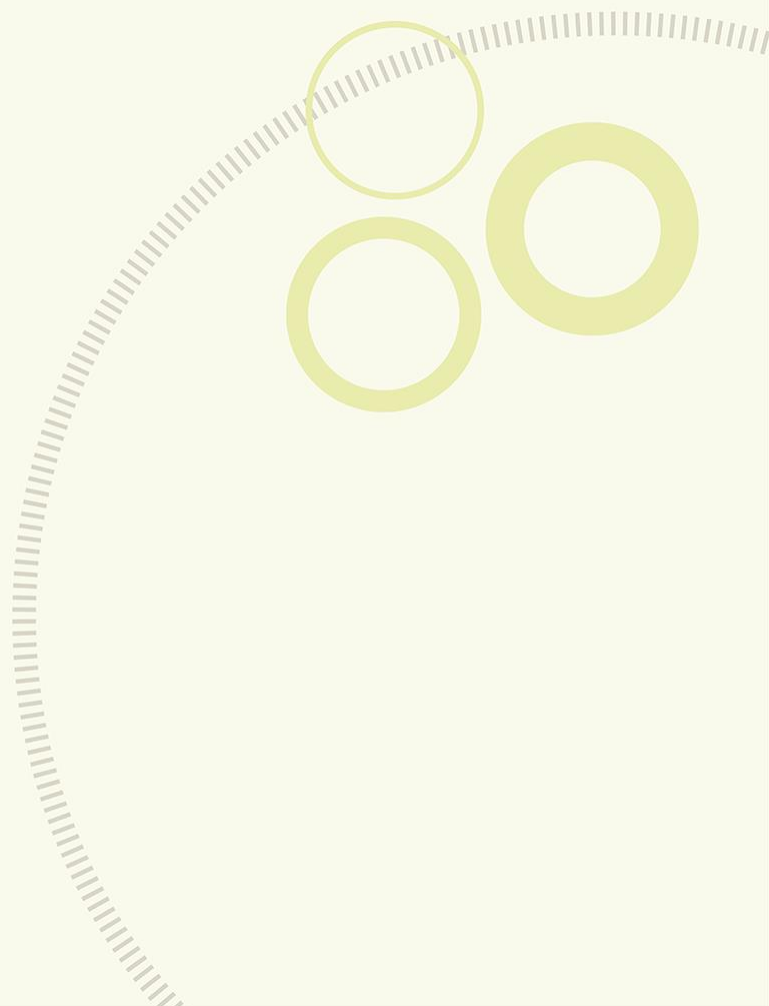


Standard ikke opfyldt

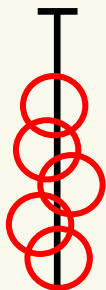


Drop denne indikator?

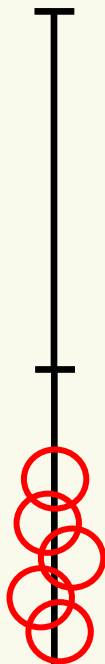
Flyt standarden?



Standard opfyldt

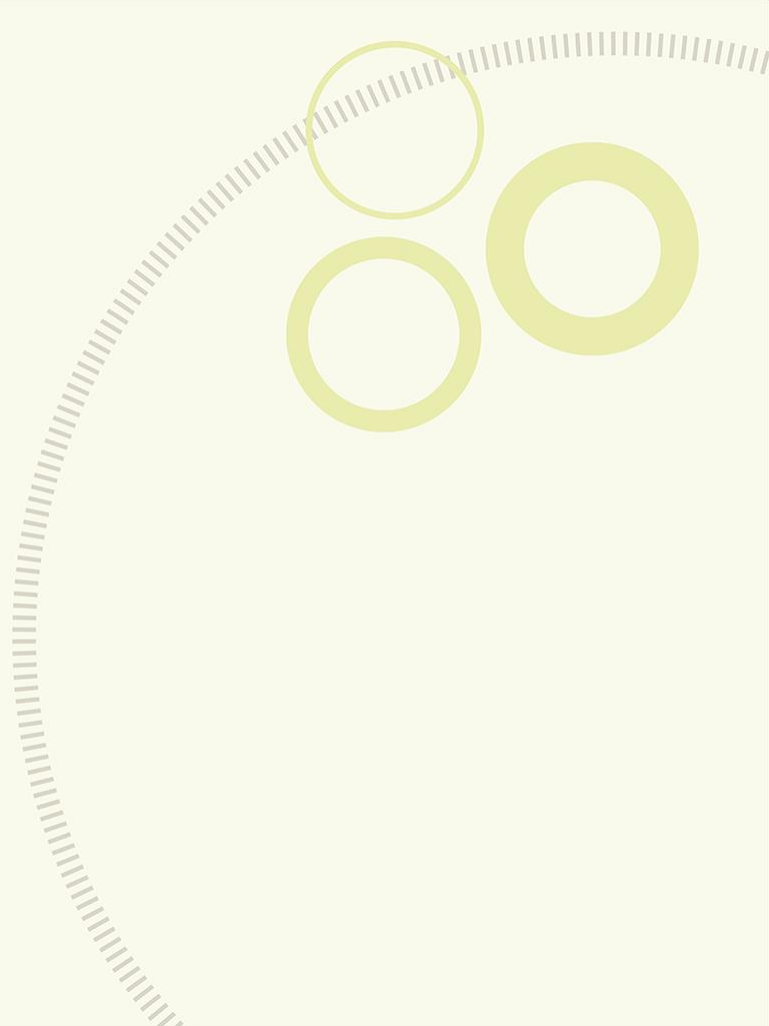


Standard ikke opfyldt



Er standarden realistisk?

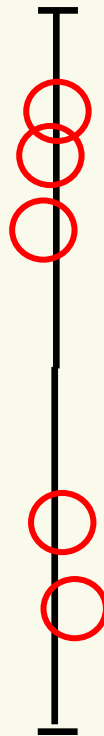
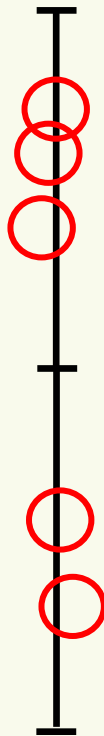
Flyt standarden?



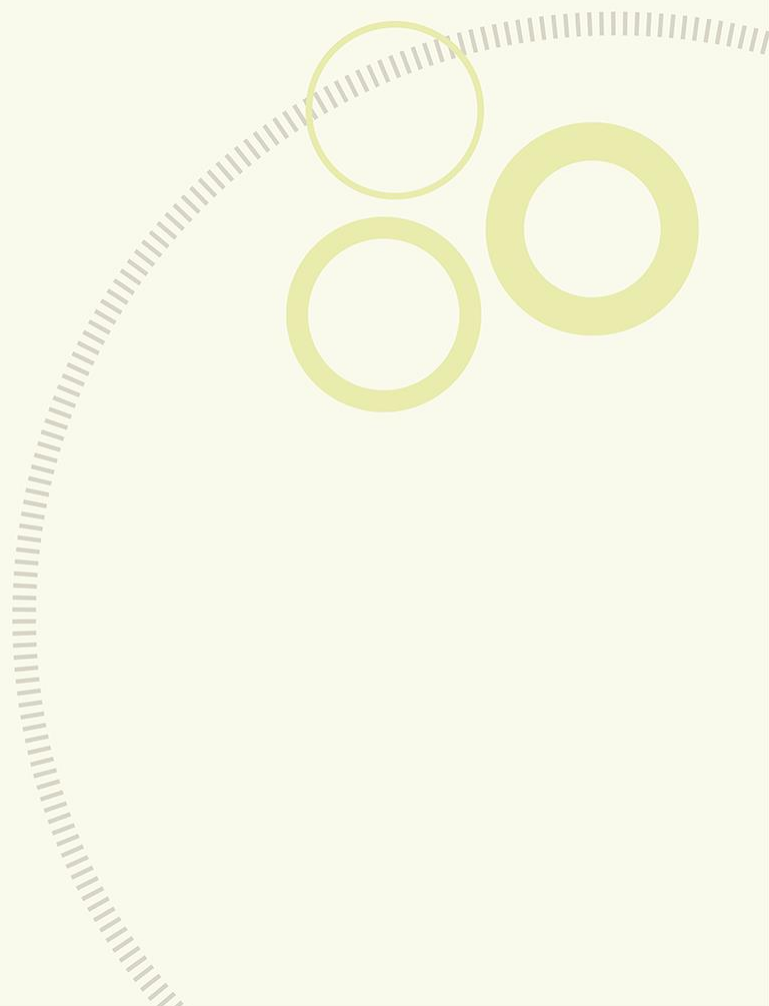
Standard opfyldt



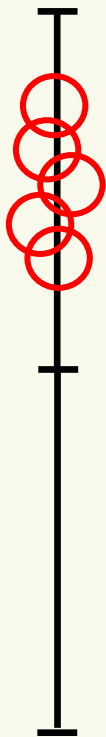
Standard ikke opfyldt



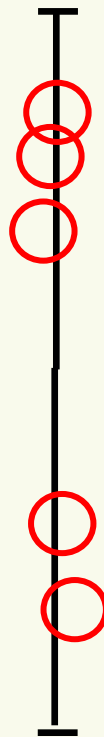
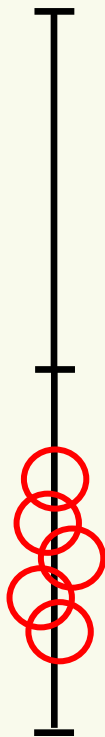
Påpeg muligheden
for forbedring



Standard opfyldt



Standard ikke opfyldt



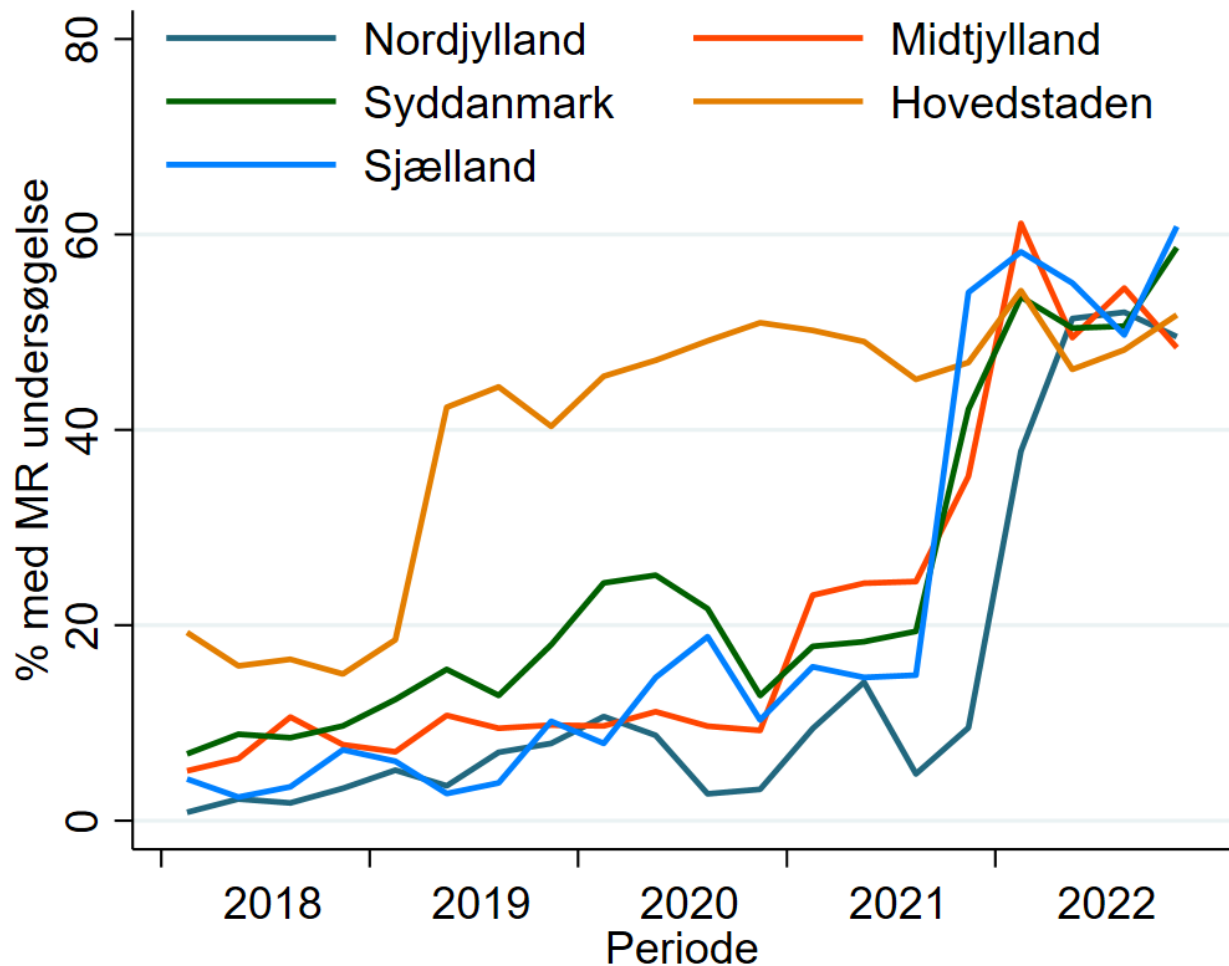
En standard
signalerer at der er
et niveau som er
tilstrækkeligt.
("godt nok")

Påpeg muligheden
for forbedring



Kvalitetsudvikling er mulig uden fastsættelse af en standard.

MR undersøgelse ved udredning for prostatakkræft





Diskussion

- Er det nyttigt at der er en standard på en indikator? Er det ønskværdigt at de fleste indikatorer har en standard?
- Hvordan bruger vi standarder til at fremme kvalitetsudvikling?
- Kan vi overbevise klinikere, ledelser og patienter om at en ikke-opfyldt standard er et positivt tegn på at forbedring er mulig?
- Opmærksomhed på fortolkning, kommunikation og kommentering.

Prostatakræft 2023 om standarder:

”Indikatorsættet omfatter ni indikatorer, heraf to supplerende indikatorer. Fem af de syv indarbejdede indikatorer har en fastsat standard.

Styregruppen fastsætter standardniveauer ud fra en betragtning om, hvad som er et **realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau**. Standarden angiver en **udviklingsretning og en målsætning**, som styregruppen vurderer er **fagligt ønskværdig og realistisk**.

Årsrapporten viser mere end 80 indikatormålinger på lands-, regions- eller afdelingsniveau, og den fastsatte indikator er opnået i tre fjerdedele af målingerne. For alle fem indikatorer gælder det, at der er regioner og afdelinger, hvor standarden er opnået, og regioner og afdelinger, hvor standarden ikke er opnået.

Standarderne skal opfattes som **udviklingsmål**, og variationen udtrykker et **lærings- og forbedringspotentiale**. Standarderne markerer ikke grænsen for det acceptable (vs. ikke-acceptable) eller for det fagligt forsvarlige (vs. og det fagligt uforsvarlige).”

Prostatakræft 2023 om standarder (2):

” Termen "standard" er det anvendte begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse. Styregruppen for prostatakræftdatabasen har valgt at fastsætte standarder på et niveau, hvor målet ikke er universelt opfyldt, idet vi vurderer, at det er nyttigt at bruge standardfastsættelsen til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer ved at tage lære fra regioner og afdelinger, hvor standarden er opfyldt.”