

Håndbog til Patient- og Brugerrepræsentanter i de Kliniske Kvalitetsdatabaser



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 2025

Udarbejdet af:
Helene Hedensted Bjerregaard og Henriette Lipczak

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 3.0
Versionsdato: 21.01.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Indhold	3
Indledning	4
Patient- og brugerrepræsentanter	5
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	7
Kliniske kvalitetsdatabaser	7
Databasens styregruppe	8
Kom godt i gang som patient- og brugerrepræsentant	10
Brug af netværk	10
Løbende dialog med kvalitetskonsulenten	11
Udtrædelse af styregruppen	11
Ordbog til databaser	11
Kvalitetsudvikling	14
Kilder	16

Indledning

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut leverer viden, der bruges til forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Borgere og patienter er omdrejningspunktet for alt, der sker i sundhedsvæsenet, og arbejdet med at udvikle kvaliteten skal også afspejle patienternes perspektiv. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut arbejder med flere områder med henblik på at skabe konsensus om, hvad der er god kvalitet:

1. De Kliniske Kvalitetsdatabaser
2. Retningslinjer
3. Vurdering
4. Dansk Patientsikkerhedsdatabaser (fra 1. maj 2025)

Formålet med denne håndbog er at give patient- og brugerrepræsentanter i de Kliniske Kvalitetsdatabaser en introduktion til arbejdet i styregruppen. Den kan bruges til at få en dybere forståelse af, hvad kvalitet i sundhedsvæsenet er, samt den rolle patientrepræsentanten spiller i arbejdet med de Kliniske Kvalitetsdatabaser. Håndbogen giver svar på følgende:

- Hvad er en patient- og brugerrepræsentant i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut?
- Hvorfor er der patient- og brugerrepræsentanter i de kliniske kvalitetsdatabaser?
- Hvad er kvalitetsudvikling?
- Hvad er en klinisk kvalitetsdatabase?
- Hvad er en styregruppe?
- Hvad er evidens, indikatorer, standarder og årsrapporter?
- Hvordan kommer man godt i gang som patient- og brugerrepræsentant?
- Hvordan bruges viden fra en klinisk kvalitetsdatabase til forbedring i sundhedsvæsenet?

Patient- og brugerrepræsentanter

Patient- og brugerrepræsentanter hjælper Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut med at sikre, at det, der er vigtigt for patienterne, er med, når vi måler og vurderer kvaliteten i sundhedsvæsenet [1].

En patientrepræsentant er en patient, som har personlig erfaring med det pågældende område. En brugerrepræsentant kan ligeledes være en, som har personlig erfaring inden for det pågældende område, men det kan også være én, der har stor viden om patienterne, f.eks. repræsentanter fra patientforeninger, pårørenderepræsentanter eller forskere, som har forsket i patientperspektivet [2].

Hvorfor er der patient- og brugerrepræsentanter i de Kliniske Kvalitetsdatabaser?

Patient- og brugerrepræsentanter kender hele patientforløbet og har en anden viden end dem, der arbejder i sundhedsvæsenet. Patient- og brugerrepræsentanter kan derfor hjælpe med at belyse, hvad der er vigtigt, og bidrager dermed til, at databasens målepunkter også afspejler det, som patienterne forbinder med 'god kvalitet' [1,2].

- **Måler vi på det rigtige?**

Mål og målepunkter i en klinisk kvalitetsdatabase bruges til at sige noget om, hvad der er 'god kvalitet' og bestemmes af databasens styregruppe. Deltagelse af patient- og brugerrepræsentanter tilfører styregruppen mere viden, men også anderledes viden, f.eks. om patientgruppens specifikke behov og prioriteringer. Flere studier viser, at patienter og behandlere ikke altid er enige om, hvad der er vigtigt i forløbet. Dermed er de heller ikke altid enige om, hvilken viden der skal bruges til at vurdere og udvikle kvaliteten i patientforløbet [1, 3-5].

Eksempel: I Databasen for atrieflimren i Danmark ønskede styregruppen at fjerne det mål, der handler om patientuddannelse/undervisning. Patientrepræsentanterne ønskede, at målet skulle bevares. Resultatet af diskussionen blev, at målet blev bevaret, og der i stedet blev igangsat et udviklingsarbejde med stikprøver ude på afdelingerne, som skulle finde årsagerne til, at patienter ikke blev henvist til undervisning.

- **Patient- og brugerrepræsentanter fastholder fokus på patienterne**

Når patient- og brugerrepræsentanter involveres i beslutninger vedr. sundhedsvæsenet, har undersøgelser vist, at samtalen skærpes og fokus holdes på det relevante – nemlig værdien for patienterne [2]. En intern evaluering om patient- og brugerrepræsentation har også vist, at dialogen i

styregruppen ændres, og at styregruppemedlemmerne oplevede, at den mere indforståede dialog blev mere eksplicit, når patient- og brugerrepræsentanter deltog i styregruppen. Det bidrog til at "... fagpersoner holder fast i det faglige, og de (patientrepræsentanterne) er med til at hive det mere op i et helikopter-perspektiv" [6].

- **Formidling af patienternes behov og prioriteringer**

Formidling af patienternes behov og prioriteringer i udvikling af kvaliteten kan bidrage til et særligt fokus, når sundhedsvæsenet arbejder med udvikling af kvaliteten. Et eksempel på, hvordan patient- og brugerrepræsentanters perspektiver kan fremhæves, kan ses i årsrapporten fra Dansk Hoftealloplastik Register, som er skrevet ind i afsnittet "konklusioner og anbefalinger":

https://www.sundhed.dk/content/cms/98/4698_dhr-aarsrapport-2021_udgivet-2022_offentliggjort-version.pdf

Kommentarer fra patientrepræsentanterne

Vi har som patientrepræsentanter glædet os over generelt gode resultater og over det seriøse arbejde med kvalitetskontrol i alle led. Vi har noteret os, at COVID-19 og strejke i 2021 har betydet færre operationer, og at privathospitalerne har overtaget en større del af operationerne. Hvorledes det vil påvirke kvaliteten bliver vigtigt at følge. Vi har også bemærket, at nogle af de nye proteseekomponenter har for mange re-operationer, hvilket vi finder utrygt. Som patient er ens største frygt, at man får en hofte luksation eller at der skal tilståde en infektion efter operationen. Vi har derfor ærgret os over manglende data på infektioner, og ser frem til at HAIBA kommer op at køre igen, så der fortsat kan arbejdes med at lokalisere, behandle og i videst muligt omfang undgå infektioner. Vi ser frem til den nye indikator på luksation, fordi det er en alvorlig lidelse for patienterne, hvor det er vigtigt med fokus for at skabe forbedringer. På lidt længere sigt ser vi frem til PRO (patientrapporteret outcome). Det er en ny indfaldsvinkel på lægernes arbejde, hvor patienternes oplevelse af operationen kommer frem i lyset. Det bliver interessant at se, hvordan man vil måle på denne oplevelse, som ikke er så nem at registrere som de gængse indikatorer og hvilke forbedringer det eventuelt kunne betyde i fremtidens behandling.

- Patientrepræsentanter, Dansk Hoftealloplastik Register

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er en organisation, der går på tværs af Danmarks fem regioner. De Kliniske Kvalitetsdatabaser, der drives af sundhedsvæsenets kvalitetsinstitut, leverer viden, som kan bruges til at understøtte, at patienter modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Formålet er, at alle patienter opnår bedst mulige helbred og livskvalitet.

Der eksisterer ca. 85. kliniske kvalitetsdatabaser og i alt er der ca. 130 medarbejdere, som er ansat på kontorer i Aalborg, Aarhus, København og Odense, der på forskelligvis arbejder med at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet, heraf arbejder størstedelen med de kliniske kvalitetsdatabaser. Alle databaserne har et databaseteam tilknyttet bestående af tre personer med forskellige opgaver: en kvalitetskonsulent/kontaktperson, en datamanager og en epidemiolog. Teamet er medlemmer af styregruppen og står for driften og udvikling af databasen. Herudover bidrager teamet også til, at indsatsen flugter med strategi og øvrige målsætninger i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Ud over databasens team er der ansat medarbejdere i stabsfunktioner. Her kan f.eks. nævnes medarbejdere, der håndterer refusioner og andre økonomiske opgaver, og medarbejdere som står for patientundervisning, udvikling af materialer m.v. [10]. Der kan læse mere om Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut på www.sundk.dk.

Kliniske kvalitetsdatabaser

En klinisk kvalitetsdatabase rummer en systematisk samling af data og har til formål at belyse kvaliteten inden for et givent patient/sygdomsforløb på tværs af landet og danne viden, der kan bruges til kvalitetsforbedring lokalt. I databasen opsættes en række målepunkter (indikatorer) og der fastsættes et tilhørende niveau for 'god kvalitet' (standarder). Eksempel på en indikator og en standard kan ses på side 12.

Indikatorer defineres med afsæt i videnskab på området (evidens) og faglig viden fra styregruppens medlemmer. Standarderne er typisk ambitiøse udviklingsmål og er grundlæggende set en værdinorm. Alle udviklede indikatorer i databasen skal godkendes af Sundhedsdatastyrelsen. Når en indikator er godkendt, har alle behandlende enheder (både offentlige og private) pligt til at indberette til databasen. Et vigtigt krav ved godkendelse af indikatorer er, at det er muligt at få data, uden at personalet eller patienterne skal bruge for meget tid på registrering. Når standarden for en indikator har været opfyldt i samtlige afdelinger gennem en årrække, betragtes kvaliteten som høj og ensartet i hele landet og så udskiftes indikatoren typisk. Formålet med at udskifte indikatoren er at bidrage til en løbende udvikling af forskellige aspekter af kvaliteten [9].

En god indikator er et mål, som er relevant for kvalitetsudviklingen, og som kan bruges til at sige noget om, hvorvidt der er opnået god kvalitet i patientbehandlingen. Indikatoren skal dannes af data, som reelt kan bruges til præcis at belyse det kvalitetsområde, som indikatoren beskriver. Indikatoren skal skabe mulighed for, at der i patientforløbet reelt kan handles anderledes, og dermed højne kvaliteten af patientbehandlingen.

Afslutningsvist bør en indikator ikke belyse sjældne udfald, da disse ideelt håndteres bedre gennem analyser af utilsigtede hændelser.

Databasens styregruppe

Hver klinisk kvalitetsdatabase har sin egen styregruppe, som har ansvaret for at udvikle indholdet, vurdere og kommentere på resultaterne samt formidle viden og understøtte brugen heraf til kvalitetsudvikling. Styregruppen består af:

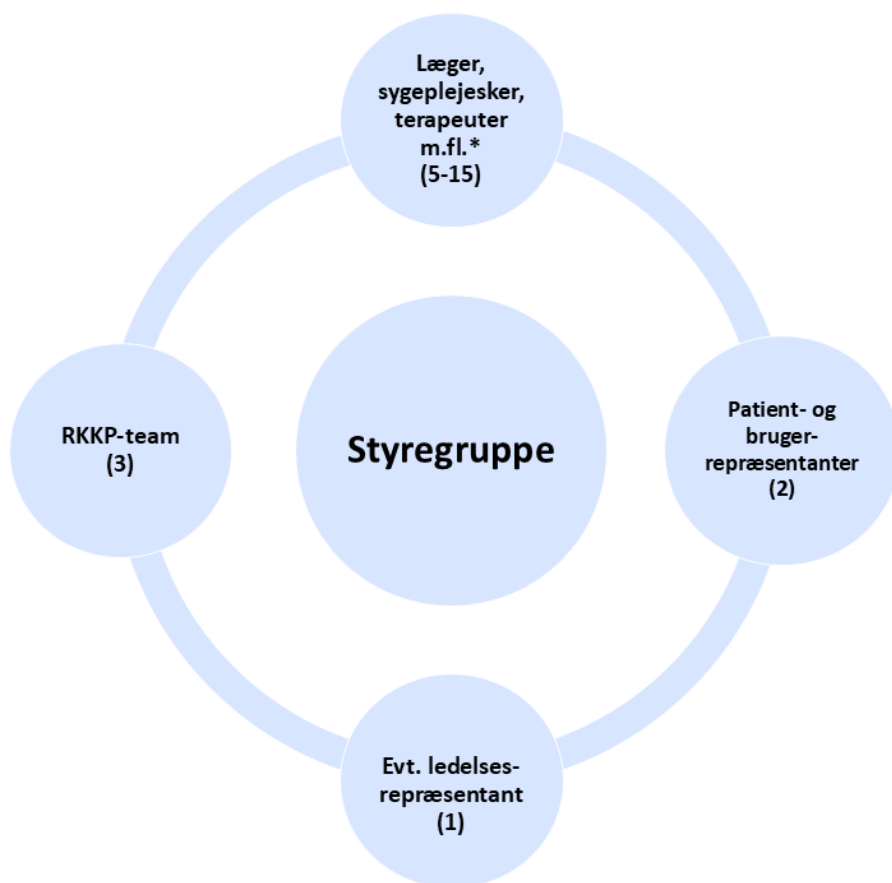
- Sundhedsprofessionelle eksperter på det pågældende patientforløb (læger, sygeplejersker, fysioterapeuter m.fl.). Alle regioner er repræsenteret.
- Patient- og brugerrepræsentanter.
- Databaseteam med ekspertise i data, analyse, jura og kvalitetsudvikling.
- Evt. ledelsesrepræsentant fra sundhedsvæsenet f.eks. hospitalsdirektør eller klinikchef.

Styregruppens arbejde ledes af en formand/et formandsskab, der udpeges blandt styregruppens medlemmer. De øvrige repræsentanter er udpeget af faglige selskaber og er involveret i behandlingen på databasens område. En patient- eller brugerrepræsentant deltager som ligeværdigt og fuldgældigt styregruppemedlem [9].

Som patient- og brugerrepræsentant deltager man i ca. to møder om året. Patient- og brugerrepræsentantens primære dialog mellem styregruppemøderne vil være med kvalitetskonsulenten for databasen og styregruppeformanden, som kan hjælpe med at forventningsafstemme rollen som patient- og brugerrepræsentant, afklare dagsordenspunkter, mødeform m.m.

Figur 1 viser sammensætningen af styregruppens medlemmer. I parentes er angivet, hvor mange af de nævnte medlemmer, der er i styregruppen.

*Læger, sygeplejersker, fysioterapeuter m.fl. er udpeget af de faglige selskaber og fungerer samtidig som regionsrepræsentanter, én fra hver region. Det endelige antal af læger, sygeplejersker m.fl. afhænger af, om der også er repræsentation fra primær sektor (kommuner og almen praksis).



Kom godt i gang som patient- og brugerrepræsentant

Patient- og brugerrepræsentanter bliver budt velkommen af en kontaktperson i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (kvalitetskonsulenten fra databaseteamet), som sender en velkomstmil med informationer om styregruppen, introduktionskursus, samtykkeerklæring og denne Håndbog for Patient- og Brugerrepræsentanter. Patient- og brugerrepræsentanter bliver også tilbudt en samtale med kvalitetskonsulenten og styregruppeformanden, hvor forventninger til samarbejdet bliver afstemt, f.eks. ved at tale om følgende:

- Hvordan patient- og brugerrepræsentanter kan forberede sig til møderne.
- Hvor og hvornår møder bliver afholdt inkl. det materiale, der udsendes til møderne.
- Evt. funktionstid for deltagelse som patientrepræsentant.
- Hvem patient- og brugerrepræsentanter kan tage fat i, hvis der er behov for talte yderligere om noget, der er sagt i en styregruppe, og som kan påvirke patient- og brugerrepræsentanternes oplevelse af deres eget forløb.
- Hvordan man udtræder af styregruppen.

Alle patient- og brugerrepræsentanter bliver tilbudt et introduktionskursus, hvor der er fokus på at give den praktiske viden, som kan være nødvendig for at deltage i styregruppearbejdet.

Alle patient- og brugerrepræsentanter bliver tilbudt at deltage i et regionalt netværk for patient- og brugerrepræsentanter i de kliniske kvalitetsdatabaser. Der afholdes regionale netværksmøder én gang årligt, hvor der vil være et fagligt oplæg og herefter mulighed for at lære de andre patient- og brugerrepræsentanter at kende.

Brug af netværk

Patient- og brugerrepræsentanten taler på vegne af den patientgruppe, der indgår i den kliniske kvalitetsdatabase. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut anbefaler, at patient- og brugerrepræsentanter gør sig nogle overvejelser om, hvordan man bedst kan forberede sig til møderne. Er der f.eks. andre patient- og brugerrepræsentanter i styregruppen, hvor der er mulighed for sparring?

Måske er der en patientforening, et netværk eller en lukket Facebookgruppe med andre patienter, der kan bruges i forhold til at drøfte indhold i og resultater fra databasen, herunder hvorvidt indholdet er relevant for patienterne? Som patient- og brugerrepræsentant er det vigtigt at overholde sin tavshedspligt, når/hvis databaseindholdet drøftes med andre udenfor styregruppen. Patient- og

brugerrepræsentanter må **ikke** offentliggøre resultater fra årsrapporter, der endnu ikke er offentliggjort af styregruppen, men må gerne vise resultaterne fra offentliggjorte årsrapporter, som kan findes på sundhed.dk. Patient- og brugerrepræsentanter må også gerne drøfte de mål, der findes i de ikke offentliggjorte årsrapporter på et generelt niveau, f.eks. for at få en fornemmelse af om andre patienter finder målene relevante.

Løbende dialog med kvalitetskonsulenten

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut anbefaler, at patient- og brugerrepræsentanter har en løbende dialog med databasens kvalitetskonsulent om arbejdet i styregruppen f.eks. inden eller efter møderne. Hvis ikke der er funktionstidsbegrænsning på patient- og brugerrepræsentanters deltagelse, er det en god idé at holde en statussamtale efter ca. halvandet år, hvor patient- og brugerrepræsentanterne sammen med kvalitetskonsulenten og evt. styregruppeformanden drøfter fortsat deltagelse i styregruppen.

Har patient- og brugerrepræsentanterne spørgsmål vedr. f.eks. dagsorden eller det udsendte materiale, vil det være muligt at kontakte kvalitetskonsulenten. Navn og kontaktoplysninger er anført i den brochure, som er sendt sammen med velkomstmailen.

Udtrædelse af styregruppen

Patient- og brugerrepræsentanters deltagelse i styregruppen er frivillig, og kan til enhver tid ophøre, hvis patient- eller brugerrepræsentanten ikke længere ønsker at deltage.

Ordbog til databaser

I følgende afsnit beskrives de begreber, som ofte anvendes i styregrupperne. Ordbogen kan bruges som opslagsværk for patient- og brugerrepræsentanter, når de forbereder sig til styregruppemøderne. Som patient- og brugerrepræsentant kan du udvide denne ordbog med andre ord eller forkortelser, som bruges for den specifikke database, f.eks. kan du spørge kvalitetskonsulenten og styregruppeformanden, hvilke ord og forkortelser der er gode at kende.

Evidens: Dokumenteret viden der tilvejebringes ved afprøvninger/forsøg og som typisk præsenteres som forskningsresultater i f.eks. videnskabelige tidsskrifter. Nogle resultater er vist flere gange via gentagne forsøg, og nogle forsøg er udført med udgangspunkt i bestemte metoder, hvorfor nogle resultater har større vægt som bevis for effekt end andre. Her taler man om forskellige grader af evidens.

Indikator: Et målepunkt i databasen, der afspejler kvaliteten på området og bruges til at følge kvaliteten over tid. F.eks. andel af patienter, som har modtaget behandling inden for 24 timer.

Andel: Del af en bestemt mængde (benævnt tæller) ud af den samlede mængde (benævnt nævner). En andel angives typisk i procent eller brøk.

Eksempel:

Kvaliteten måles på 50 patienter. 25 patienter ud af de 50 patienter har modtaget behandling inden for 24 timer. Her er tælleren 25, mens nævneren er 50 og andelen af patienter, der har modtaget behandling inden for 24 timer er 50%. Den matematiske udregning er: $\frac{25}{50} * 100 = 50\%$

Standard/udviklingsmål: Et fastsat mål for 'god kvalitet', som den aktuelle måling holdes op imod, når kvaliteten vurderes. Der tales også om målopfyldelse som udtryk for, hvorvidt det valgte kvalitetsmål (indikatoren) når det efterstræbte kvalitetsmål (standard/udviklingsmålet).

En standard/udviklingsmål kan f.eks. være fastsat til 75%. Det betyder, at man i sin kvalitetsudvikling tilstræber, at 75 ud af 100 patienter får det, der måles på. Foran tallet vil der for mange standarder/udviklingsmål være et specialtegn, der angiver, om målet er nået, hvis resultatet er større eller mindre end talværdien.

Specialtegn:

≥ Betyder den angivne standard *eller flere*.

≤ Betyder, den angivne standard *eller færre*.

I årsrapporterne præsenteres indikatorer og standarder/udviklingsmål ofte som vist herunder:

Indikator 2a. Andel af patienter der opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 75%	Tæller/		01.12.2019 - 30.11.2020		2018/2019	2017/2018	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	4.603 / 6.565	0 (0)	70,1	(69,0-71,2)	4.573 / 6.436	71,1 (69,9-72,2)	62,0 (60,8-63,2)

Her er indikatoren "Andel af patienter, der opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset".

Standarden er ≥75%, hvilket betyder, at målsætningen for kvaliteten i det aktuelle år er nået, når 75% eller flere af patienterne opereres senest 36 timer efter ankomst til sygehuset. Når kvaliteten vurderes,

kigger man typisk også på kvaliteten i tidligere år for at få en fornemmelse af om udviklingen går den rette vej. I eksemplet er indikatorværdien i aktuelle år 70,1 – den er faldet lidt siden året før hvor andelen var 71,1 – og der er altså stadig noget at gøre rundt omkring i landet for at nå standarden på 75.

Årsrapport: Én gang årligt gøres status på resultaterne af kvalitetsmålingen i databasen og dette præsenteres i en årsrapport. Resultaterne vises på regions-, hospitals- og afdelingsniveau.

Styregruppen kommenterer resultaterne og kommer med forslag til handlinger, der kan bruges af afdelingerne i det videre kvalitetsarbejde. Herudover laver styregruppen en såkaldt 'one-pager' med afsæt i rapporten, der fremhæver de vigtigste punkter fra årsrapporten.

I forbindelse med årsrapporten for 2020 ønskede klinikerne i styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for nyfødte at lave en one-pager vedr. indikator 6: Indlæggelsestemperatur, mens patientrepræsentanten ønskede, at one-pagerens indhold skulle omhandle indikator 4: Fuldamning ved udskrivelse til hjemmet eller afslutning af THO (et tilbud om tidlig udskrivelse med hjemmebesøg fra Neonatalafsnittet).

Dette eksempel illustrerer, at patientrepræsentanter kan bidrage med et andet fokus, og i dette tilfælde modtog styregruppen patientrepræsentantens input positivt og one-pageren kom til at omhandle indikator 4: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2021-09/_web_4.pdf

Kliniske KvalitetsAfrappoteringsmodel (KKA): er navnet på en model der sikrer, at data fra de kliniske kvalitetsdatabaser løbende kan leveres til regionerne, som herefter kan vise dem til hospitaler og afdelinger. De løbende data afleveres for nogle databaser månedligt mens de for andre afleveres hvert kvartal.

Forskningsudtræk: De kliniske kvalitetsdatabaser understøtter også sundhedsvidenskabelig forskning, og som forsker, er det muligt at søge om tilladelse til at bruge data fra databasen. Det er databaseteamet og styregruppen, der på vegne af Region Midtjylland vurderer, om forskningsansøgningen skal godkendes. Mere information om, hvordan forskningsansøgninger vurderes, findes her: <https://www.sundk.dk/teknisk-dokumentation/data-til-forskning/>

Kvalitetsudvikling

Alle patienter har ret til god behandling, uanset hvor de bor og behandles. Derfor følger Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut kvaliteten på tværs af landet og understøtter, at der arbejdes målrettet og løbende med udvikling af kvaliteten. I Sundhedsloven er følgende krav til systematisk arbejde med kvaliteten i sundhedsvæsenet beskrevet [7]:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet.
2. Behandling af høj kvalitet.
3. Sammenhæng mellem ydelserne.
4. Valgfrihed (patienter kan vælge, hvilket hospital de vil behandles på).
5. Let adgang til information.
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen (det er synligt, hvad der sker).
7. Kort ventetid på behandling.

De Kliniske Kvalitetsdatabaser samler data fra alle hospitaler (både offentlige og private), og i nogle databaser også fra speciallægepraksis, almen praksis og kommunerne med det formål at følge op på kvaliteten og understøtte kvalitetsudvikling lokalt. De data, der bruges, er primært indsamlet som en del af behandlingen. Nogle data indsamles gennem de nationale registre, f.eks. Landspatientregisteret eller CPR-registeret, hvorfra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut trækker dem. Andre data indsamles mere direkte og sendes til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. De indsamlede data indgår og bearbejdes i de kliniske kvalitetsdatabaser, og bruges til at oplyse sundhedsvæsenet om kvaliteten på tværs af landet. Formålet er at skabe nysgerrighed på og indsigt i egen kvalitet, og at viden omsættes til forbedringer til gavn for patienterne [8,9].

Brug af årsrapporter og data fra de kliniske kvalitetsdatabaser i kvalitetsudviklingen

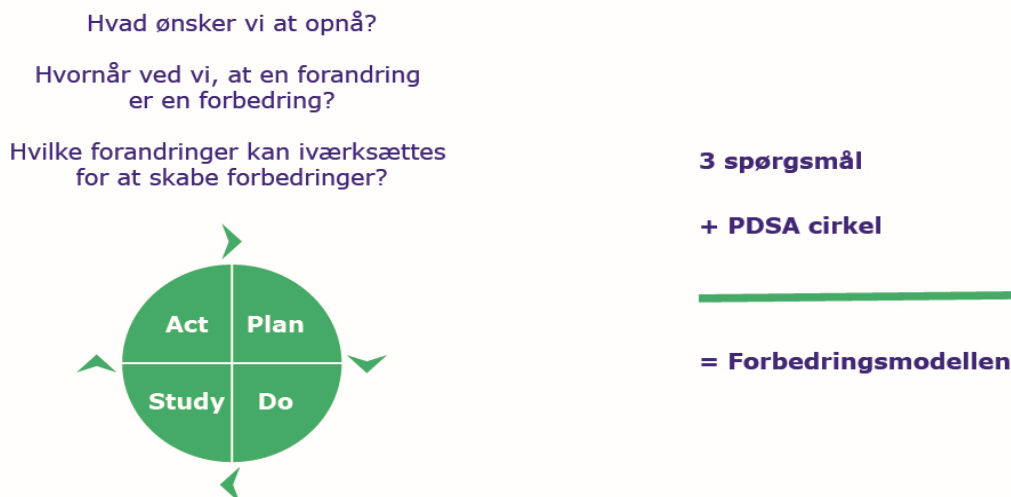
Viden fra en klinisk kvalitetsdatabase er primært målrettet sundhedsprofessionelle, der sammen med selve patientbehandlingen har til opgave at sikre en faglig udvikling af behandlingen. Data fra de kliniske kvalitetsdatabaser sendes løbende fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut til regionerne, hvor den frembragte viden deles og bruges i den lokale kvalitetsudvikling.

Én gang om året udkommer der en årsrapport fra den enkelte database. Rapporten giver en status på kvaliteten på tværs af landet og fra forskellige behandlingssteder. Rapporten bruges til at følge den løbende forbedring af kvaliteten lokalt og til at sammenligne med lignende behandlingssteder andre steder i Danmark. Rapporten kan bruges som inspiration, f.eks. kan der være afdelinger, der ligger rigtig godt, og som inspirerer de andre afdelinger. Rapporterne ligger frit tilgængelige og kan læses og

bruges af alle i sundhedsvæsenet. Årsrapporterne er tilgængelige på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts hjemmeside og på Sundhed.dk.

De løbende data, der leveres fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut til regionerne, kan bruges af afdelingerne til f.eks. at undersøge, om de tiltag, der er igangsat, forbedrer i kvaliteten. En af de metoder, som typisk bruges til kvalitetsudvikling, er forbedringsmodellen [11,12], som er vist i figur 2.

Forbedringsmodellen



Figur 2 Forbedringsmodellen er et værktøj, der kan bruges, når der skal arbejdes systematisk med udvikling af kvalitet. De tre spørgsmål skal stilles og besvares, herefter bruges PDSA-cirklen. Plan = planlæg det tiltag, der skal udføres. Do = gennemfør tiltaget. Study = Aanalyser på data, virker det? Act = lav justering, hvis det er nødvendigt.

Kilde: Læge, kend din kvalitet [11].

Kilder

- [1] Pedersen L, Bartels P, Hansen A. *Mål for videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser*. Udarbejdet af arbejdsgruppen for videreudvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser nedsat under regionernes fem sundhedsdirektører Juni 2015:3-40
https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/udviklingsmal-2015/mal-for-videreudvikling-af-de-kliniske-kvalitetsdatabaser_endelig-godken---.pdf
- [2] Larsen A.K., Munch-Petersen M. *Organisatorisk brugerinddragelse – hvorfor?* Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet. København; 2019.
https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_VIBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/organisatorisk_inddragelse_-_hvorfor_baggrundsrapport.pdf
- [3] Vrangbæk K. *Patient involvement in Danish health care*. Journal of Health Organization and Management. Vol. 29 no. 5, 2015.
- [4] Wiering B., de Boer D., Delnoij, D. *Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review*. Health Expectations, 20(1), 11-23; 2017
- [5] Taarnhøj, G. A., Johansen, C., Lindberg, H. et al. *Patient reported symptoms associated with quality of life during chemo-or immunotherapy for bladder cancer patients with advanced disease*. Cancer medicine, 9(9), 3078-3087, 2020
- [6] Odby A, Haller L.G., Nakano A, Nielsen A.K. *Evaluering: Patientrepræsentation i styregrupper for kliniske kvalitetsdatabaser*. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2020
<https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/retning-og-mal/patientinvolvering/evalueringsrapport---patientreprasentation---maj-2020.pdf>
- [7] Borch-Johnsen K., Gerdes U., Christian von Plessen N.H., Poulstrup A., Qvist P., Demant H.B.S., m.fl.. Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Dansk Selskab for kvalitet i sundhedsvæsenet, 2018.
<https://dsk.dk/wp-content/uploads/2018/09/Metodeh%C3%A5ndbog-12-09-2018.pdf>
- [8] Axelsen S., Hillingsø J., Overgaard S., Rathcke C., Borre M., Mainz H., m.fl.. Rammer for de kliniske kvalitetsdatabaser styregrupper. Aarhus, Regionernes kliniske kvalitetudviklingsprogram, 2022.
<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/rammer-for-databasearbejde/>
- [9] Axelsen S., Hillingsø J., Overgaard S., Rathcke C., Borre M., Mainz H., m.fl.. Vejledning for arbejdet i styregrupperne for de kliniske kvalitetsdatabaser, høringsversion. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetudviklingsprogram, 2021.
<https://www.dp.dk/wp-content/uploads/rkkp-vejledning-hoeringsversion22apr2021.pdf>

[10] Viden til et bedre sundhedsvæsen – RKKP strategi 2019–2022. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2019.

<https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/retning-og-mal/strategi-og-malsatninger/rkkp-strategi-2019-2022-viden-til-bedre-sundhedsvasen-print.pdf>

[11] Lyngberg A., Knudsen J.S., Mackenhauer J., Fally M., Hansen M.K., og Rasmussen O.B. Læge Kend Din Kvalitet. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2021. Redaktører: Louise Rabøl, Jens Winther Jensen, Jacob Anhøj og Charlotte Frendved.

[12] Munch-Petersen M., Rasmussen S.M.R., Hougaard I.B., Lipczak H., Weikop L., Freil M., m.fl. Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet. København Ø, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS), juni 2022.

https://dsk.dk/wp-content/uploads/2022/09/DSKS_PUBLIKATION_Enkeltopslag_WEB.pdf



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut