

**Regional
monitorering**

**Lokal
organisering af
database-
arbejdet**

DMCG Samling 10. oktober 2024

Hvem er vi

- Jonas Engberg Lind
Chefkonsulent
Sundhedsstrategisk Planlægning
Region Sjælland
- Majken Søndergaard Nielsen
Chefkonsulent
Kvalitet og forbedringer
Sjællands Universitetshospital



**Hvorfor giver det mening
at monitorere kliniske
kvalitetsdatabaser på
regionalt niveau?**



Det giver mening, fordi...

- Vi skal turde tale om kvalitet på alle niveauer (ikke kun aktivitet/økonomi)
- Hjælpe de besluttende led med at kunne prioritere
- Kliniske kvalitetsdatabaser er et offentligt anliggende – demonstrere sikker håndtering
- Kvalificeret input ind i den regionale kræftstyregruppe



Metode

Alle årsrapporter læses og hver database klassificeres ud fra følgende opmærksomhedspunkter

- Lever vi op til lovkravene i forhold til indberetning?
 - Dækningsgrad (er alle patienter med) – over 90%
 - Datakomplethed – høj nok til at sikre validiteten
- Hvordan er resultaterne (fortsættes næste slide)
 - Styregruppens anbefalinger
 - Indikatorer-værdier set i forhold til udviklingsmål/standard



Metode

- Hvordan er resultaterne (fortsat)
 - Retning – bevæger data sig i den rigtige retning?
- Er der variation?
 - Inden for regionen
 - Øvrige regioner
- Sygehusenes evt. egne bemærkninger til årsrapporten



Databasearbejdet på Sjællands Universitetshospital – på kræftområdet



Intro

- SUH fusionerede 1/1-2024 med Nykøbing F. Sygehus. Betyder også en fusionering af arbejdet med RKKP-databaser
- Der er derfor udarbejdet en ny samlet strategi, der skal implementeres de næste par år
- Generel organisering/krav til afdelingerne
 - Der skal nedsættes relevante databaseteams
 - Alle databaseteams er nedsat ved udgangen af 3. kvartal 2024
 - Hvert databaseteam har forholdt sig til og kommenteret på egen årsrapport, der er offentliggjort senest i løbet af 2025
 - Der er afholdt min. to workshops vedr. KMD inControl om året ved udgangen af 2025
- InControl er det system regionen anvender til data-visning (tidstro)
 - kvalitetsrapporter og mulighed for at arbejde med SPC



Kræftområdet

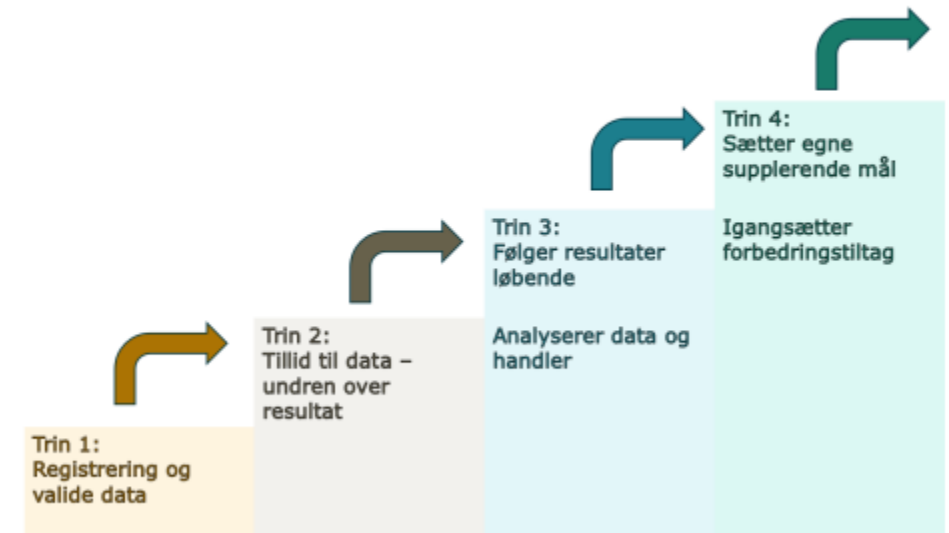
- Meget fokus på målopfyldelse af kræftpakker – mindre fokus på kvalitetsdata
- Organisatorisk samarbejde i Staben opstartet for at skabe en synergi mellem arbejdet med kræftpakker og kvalitetsdata. Fokus på vidensdeling.
- Start med det kræftområde hvor der er forløbsledelse (fokus på patientforløbet på tværs af alle involverede afdelinger): brystkræft



Organisering – hvordan arbejdes der lokalt?

- Undersøge hvor afdelingen er på modenhedstrappen
- Databaseteams skal orientere sig i Kvalitetsrapporterne, hvis moden – portfoliemodulet
- Portfolie modulet understøtter forbedringsarbejde med SPC – her er det muligt at følge udvikling over tid og se om en indsats har effekt

Database modenhedstrappe

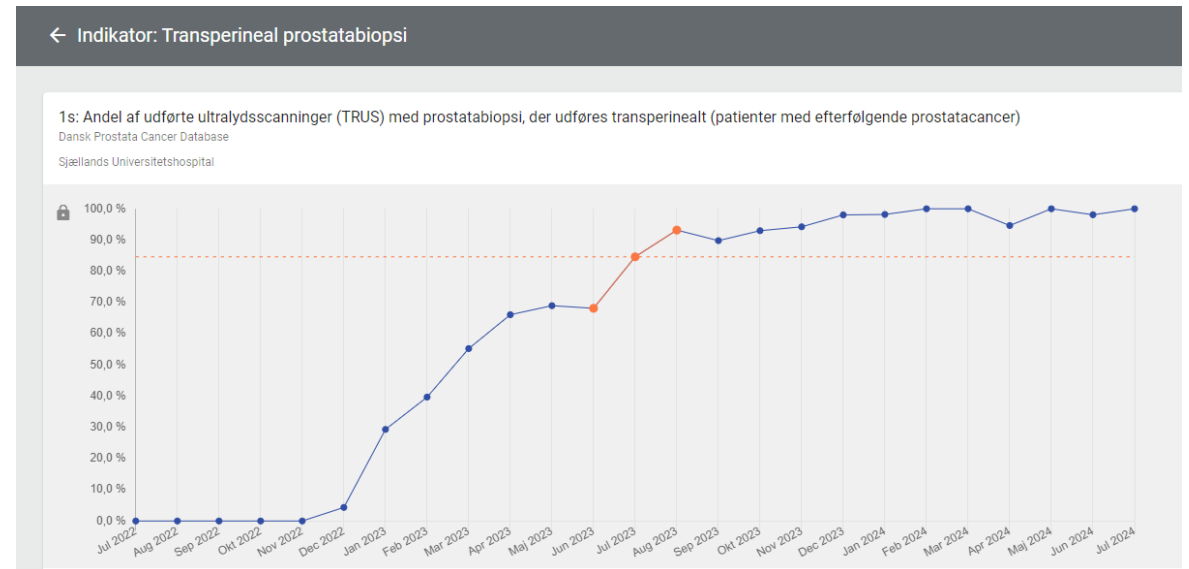


Inspireret af Neubert & Christensen



Eksempel fra urologien:

- Lagt ud til de enkelte teams, fx prostata-teamet
- Teamansvarlig fremlægger data på møder i teamet – hver 3 mdr.
 - Faglig drøftelse af indikatorerne og resultaterne
 - Aftale om evt. indsats – følges op ved næste møde
- Kræver at den teamansvarlige kender og anvender systemet



Brystkræft (og lungekræft)

- Forløbsledelsesmøder hver 2. måned- kvartalsvis: Sikre en samlet tilgang til patientforløbet på tværs samt sikre en høj faglig standard
- Fokus på faglig udvikling på tværs af de involverede specialer
- Implementere nye nationale guidelines
- Relevant at diskutere og følge kræftdatabaserne her



...fortsat

- Alt kan ikke prioriteres – udvælg indikator(er) og arbejd med dem/den
- LEDELSESFOKUS - fremadrettet
 - Dialog med vicedirektør
 - Hvilke indikatorer er det relevant at følge?
 - Byg portfolio for nemt overblik
 - både på afdelingsniveau og på ledelsesniveau



Jonas Engberg Lind
jlind@regionsjaelland.dk

**Majken Søndergaard
Nielsen**
msns@regionsjaelland.dk

