

DMCG-SAMLING 28. MAJ 2025

AC-FULDMÆGTIG ALICE SKAARUP JEPSEN, CHEFKONSULENT
HELLE BØGH JØRGENSEN, OVERLÆGE STINE HOLLEGAARD
(REGION SYD): DET ADMINISTRATIVE ARBEJDE MED
DATABASEN FOR HØJT SPECIALISERET PALLIATIV BEHANDLING

Regional kvalitetssikring - DMCg-Årsrapporter

Ledelsesmæssig fokus

Principper:

- *Dårlig kvalitet går ikke over af sig selv, tag fat i det med det samme*
- *Patienterne skal have en god kvalitet, det er en fælles sag.*

Regionale indsatser - Region Syddanmark

Sagsflow vedr. årsrapporter

- Et tæt samarbejde på tværs af sygehusene
- Koordinering via 20. min møder ca. hver uge.
- Vurderer behov for om databasen skal på Dialogmødet med direktionen
- Vurderer behov for regional audit.

Åbn menu

Region Syddanmark

Databaser

Dansk Palliativ Database

Indikatorer

1: Henviste patienter der ikke dør eller når at blive f...

Start dato

1.1.2025

Slut dato

31.12.2025

Dansk Palliativ Database

Køn

Aldersgruppe

Indikatorstatus

Forspalte:

Indikator

Org. niv. 5

Inkl. subtotal

Tilføj kolonne:

Køn

Aldersgruppe

Org. niv. 2

Org. niv. 3



Dansk Palliativ Database

Region Syddanmark

Fra og med d. 1. januar 2025 til og med d. 31. december 2025

Seneste årsrapport: 1. januar 2023 - 31. december 2023

Eksportér til Excel

Indikator	Org. niv. 5	Resultat	Standard	Antal obs. (nævner)
1: Henviste patienter der ikke dør eller når at blive for dårlige inden de får kontakt med specialiseret palliativ indsats	OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	93,5 %	>= 80,0 %	184
	SVS Lindrende Behandling Ambulatorium (Esbjerg)	97,7 %	>= 80,0 %	86
	SLB Enhed for Lindrende Behandling (Vejle)	92,8 %	>= 80,0 %	207
	SHS Kræftsygdomme	83,2 %	>= 80,0 %	155
1A: Henviste patienter der ikke dør eller når at blive for dårlige inden de får kontakt med specialiseret palliativ indsats (henvisningsdato)	OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	93,8 %	>= 80,0 %	176
	SVS Lindrende Behandling Ambulatorium (Esbjerg)	97,9 %	>= 80,0 %	48
	SLB Enhed for Lindrende Behandling (Vejle)	91,3 %	>= 80,0 %	138
	SHS Kræftsygdomme	82,3 %	>= 80,0 %	130

Noter

Årsrapporter for Akut Kirurgi databasen

01/09/2023 - 31/08/2024

Indikator	Standard	Landsresultat	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden
1: Antibiotikabehandling <3t	>60	34,4 [32,7-36,1] 1065/3099	36,7 [30,4-43,4] 83/226	44,6 [40,8-48,4] 304/682	36,3 [32,3-40,4] 205/565	22,5 [19,2-26,0] 138/614	33,1 [30,2-36,1] 335/1012
2: CT-skanning < 2 timer	>=90	32,4 [30,7-34,1] 995/3073	28,5 [22,7-34,8] 65/228	41,8 [38,0-45,6] 282/675	25,9 [22,2-29,8] 141/545	28,5 [25,0-32,1] 181/636	33,0 [30,0-36,0] 326/989
3: Præopr optimering	>=90	11,1 [10,1-12,3] 353/3172	16,7 [12,2-22,2] 39/233	18,1 [15,3-21,1] 126/697	13,0 [10,4-16,1] 74/569	10,7 [8,4-13,3] 70/657	4,3 [3,2-5,8] 44/1016
4: Ventetid til operation	>=80	30,0 [28,0-32,1] 618/2059	32,3 [24,2-41,2] 40/124	37,0 [32,6-41,6] 171/462	22,3 [18,3-26,7] 88/395	25,5 [21,4-30,0] 106/415	32,1 [28,6-35,8] 213/663
4x: Opr <= 6t m/Perfoation,iskæmi,blødning	>=90	30,1 [27,0-33,3] 256/852	40,5 [25,6-56,7] 17/42	37,9 [31,2-44,9] 78/206	22,9 [16,9-30,0] 39/170	28,3 [21,5-36,0] 45/159	28,0 [22,8-33,7] 77/275
4x_1: Opr <= 6-8t m/Perfoation,iskæmi,blødning	>=90	21,7 [19,0-24,6] 185/852	16,7 [7,0-31,4] 7/42	18,5 [13,4-24,4] 38/206	24,1 [17,9-31,3] 41/170	18,9 [13,1-25,8] 30/159	25,1 [20,1-30,7] 69/275
4x_2: Opr <=8-10t m/Perfoation,iskæmi,blødning	>=90	12,8 [10,6-15,2] 109/852	7,1 [1,5-19,5] 3/42	10,2 [6,4-15,2] 21/206	19,4 [13,8-26,2] 33/170	17,6 [12,0-24,4] 28/159	8,7 [5,7-12,7] 24/275

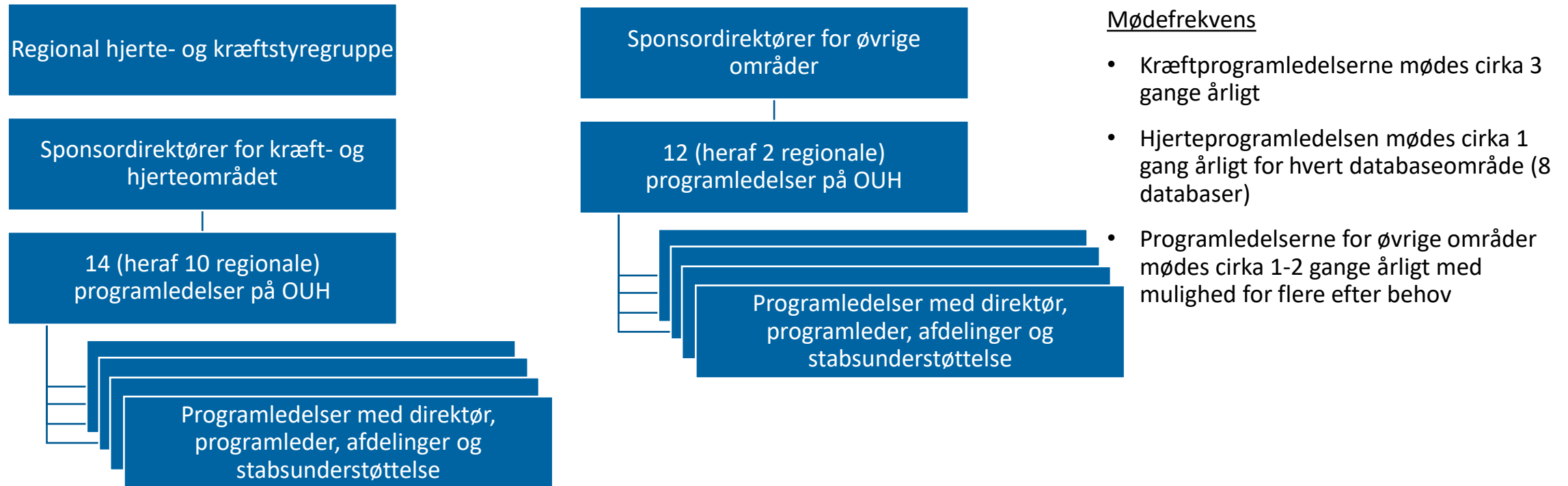


Programledelser på OUH

V. Chefkonsulent Helle Bøgh Jørgensen, Klinisk Udvikling



Organisering af programledelser på OUH



Mødefrekvens

- Kræftprogramledelserne mødes cirka 3 gange årligt
- Hjerteprogramledelsen mødes cirka 1 gang årligt for hvert databaseområde (8 databaser)
- Programledelserne for øvrige områder mødes cirka 1-2 gange årligt med mulighed for flere efter behov

27 SundK databaser på OUH er omfattet af en programledelse.
43 SundK databaser har en programleder(cheflæge), som er ansvarlig for driften af databasen.

Styrker og udfordringer ved programledelsesstrukturen

SundK databaser med programledelse:

- Direktøren har uddelegeret ledelsesansvaret for programledelsen til en programleder (cheflæge)
- Direktøren deltager ad hoc i programledelsesmøder
- Programledelserne er beslutningsdygtige.
- Repræsentanter fra afdelingsledelser fra alle involverede specialer indenfor det specifikke sygdomsområde (og på tværs af hospitaler i de regionale programledelser+ deltagelse fra regionshuset)
- Deltagelse fra relevante ledende overlæger/specialeansvarlige overlæger og patientforløbskoordinatorer
- Fagligt fokus på et eller få sygdomsområde/r – udfordring, beslutninger kan få konsekvenser for andre sygdomsområder?

SundK database uden programledelse:

- Ledelsesansvaret er tilsvarende uddelegeret af Direktøren til Cheflægen for specialet.

Programledelsens opgaver

- Sikrer kontinuerlig monitorering af dataindberetning og indikatoropfyldelse på de inkluderede databaser og holder sig opdateret via inControl
- Igangsætter, vurderer og evt. justerer kvalitetsforbedrende tiltag, eksempelvis ved at:
 - etablere aftaler mellem samarbejdspartnere
 - udarbejde patientforløbsbeskrivelser i henhold til eksisterende referenceprogrammer
 - gennemføre kliniske audits ved formodning om kvalitetsbrist og sikre repræsentation ved evt. regional audit
- Sikrer, at årsrapporter og udviklingen i resultaterne analyseres og sammenholdes med strategisk fastlagte planer
- Vurdering af kapacitetsmæssige udfordringer
- Vurdere muligheder for etablering af udviklingsfunktioner mhp. styrke grundlaget for de højt specialiserede funktioner
- Sikre korrekt registrering og tidstro færdigregistrering af patientforløb
- Udmøntning af de nationalt fastsatte pakkeforløb i lokale forløbsprogrammer (logistikplaner) og aftale løbende ændringer og tilpasninger (kun for kræftområdet)

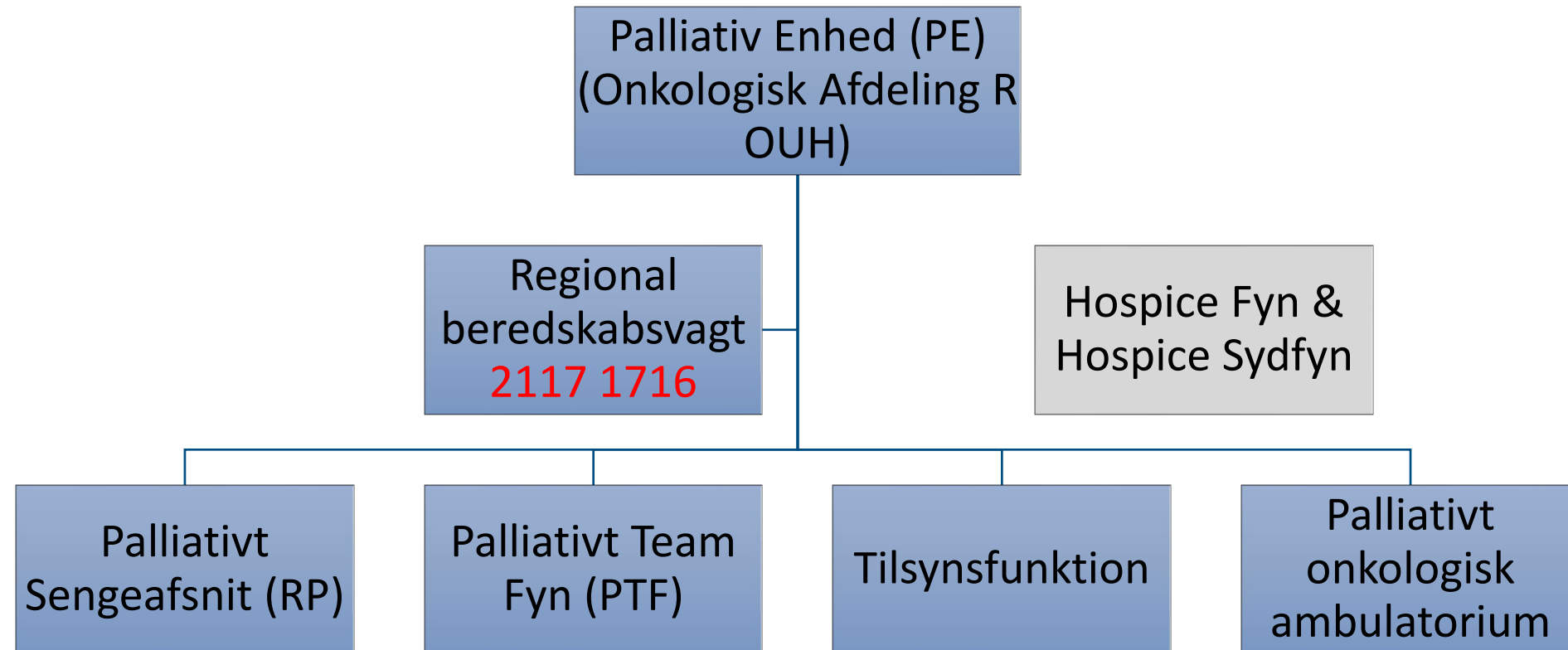
Tilbageløb til direktionsledelsen og koncernledelsen

- Kvalitetsdatabaser udvælges til drøftelse på dialogmøder mellem direktionsledelsen og koncernledelsen ud fra følgende kriterier:
 - Der ses et læringspotentiale
 - Der varsles om igangsætning af ekstern audit
 - Der hejses ”et rødt flag”
- Den regionale Hjerter- og Kræftstyregruppe
 - Problemstillinger ift. fælles patientforløb bringes op fra programledelsesmøderne
 - Kapacitetsudfordringer
 - Input til bl.a. koncernledelsens strategiske beslutninger

Kvalitetsdatabaser

-hvordan anvender vi den viden de giver os i en ledelsesmæssig kontekst?

Palliativ Enhed OUH



Programledelse for Palliation på OUH

- Etableret 2012
- Knyttet op på Dansk Palliativ Database (DPD)

Om databasen

Databasen har til formål at danne grundlag for kvalitetsudvikling af den specialiserede, palliative indsats (altså arbejdet på hospicer og i palliative teams, enheder og afdelinger) i Danmark.

Baggrund

Dansk Palliativ Database (DPD) omfatter alle patienter henvist til specialiseret palliativ indsats fra og med 2010.

DPD omfatter den specialiserede palliative indsats, dvs. den aktivitet, der udføres af de palliative teams/enheder på sygehusene og på hospice. Der indberettes årligt cirka 11.000 patienter og 15.000 henvisninger, da en patient kan være henvist flere gange.

[Du kan læse mere om databasens baggrund her](#)

Styregruppen

Formandskab

Mogens Grønvold

Professor, overlæge, ph.d., dr.med.

Forskningsenheden, Palliativ medicinsk afdeling

Bispebjerg Hospital

Fokusområder gennem årene

2012 Palliativ enhed på tværs
2013 Palliativ sengeafsnit
2014 Virtuelle konferencer og samarbejde med praksis
2015 Udgående palliativ funktion til børn
2016 Udvidelse af det palliative team
2017 LKT – lærings- og kvalitetsteam
2018 Strategi for den palliative indsats på OUH 2018-2021
2019 ikke-onkologiske patienter med i årsrapport
2020 OUH's strategi for den palliative indsats – I en coronatid
2021 Telemedicin til palliative onkologiske patienter
2022 e-læring i basispalliation
2023 Elektronisk målstyringstavle

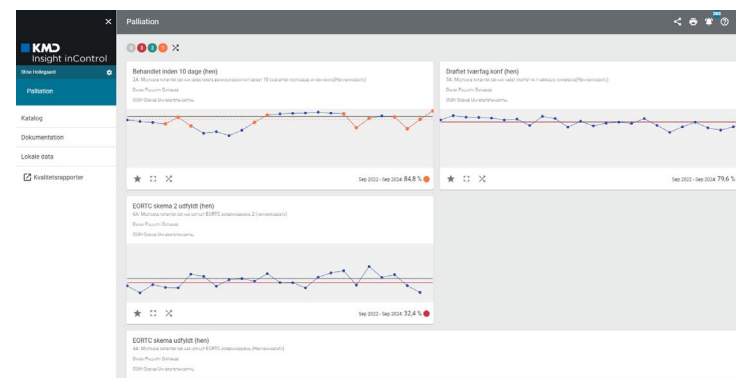
Kvalitetsindikatorer i DPD

- Indikator 1 - Patienter der ikke dør inden kontakt
- Indikator 2 - Ventetid under 10 dage
- Indikator 3 - Andel af døde kræftpatienter der har haft kontakt til en specialiseret palliativ enhed
- Indikator 4 - EORTC skema udfyldt
- Indikator 5 - Drøftet på tværfaglig konference

Data

- Indtastes løbende i KIP

- Overføres til InControl



Hvordan arbejder vi med data?

- **Tidligere:**

- Årsrapport midt på året
- Arbejder med ”forklaringer” resten af året

- **Nu:**

- Løbende overvågning og justering
- Arbejder med problemløsning

Målopfyldelse – indikator 2 ”Ventetid”

- Stabile tal, indtil 2021

-hvad sker der?

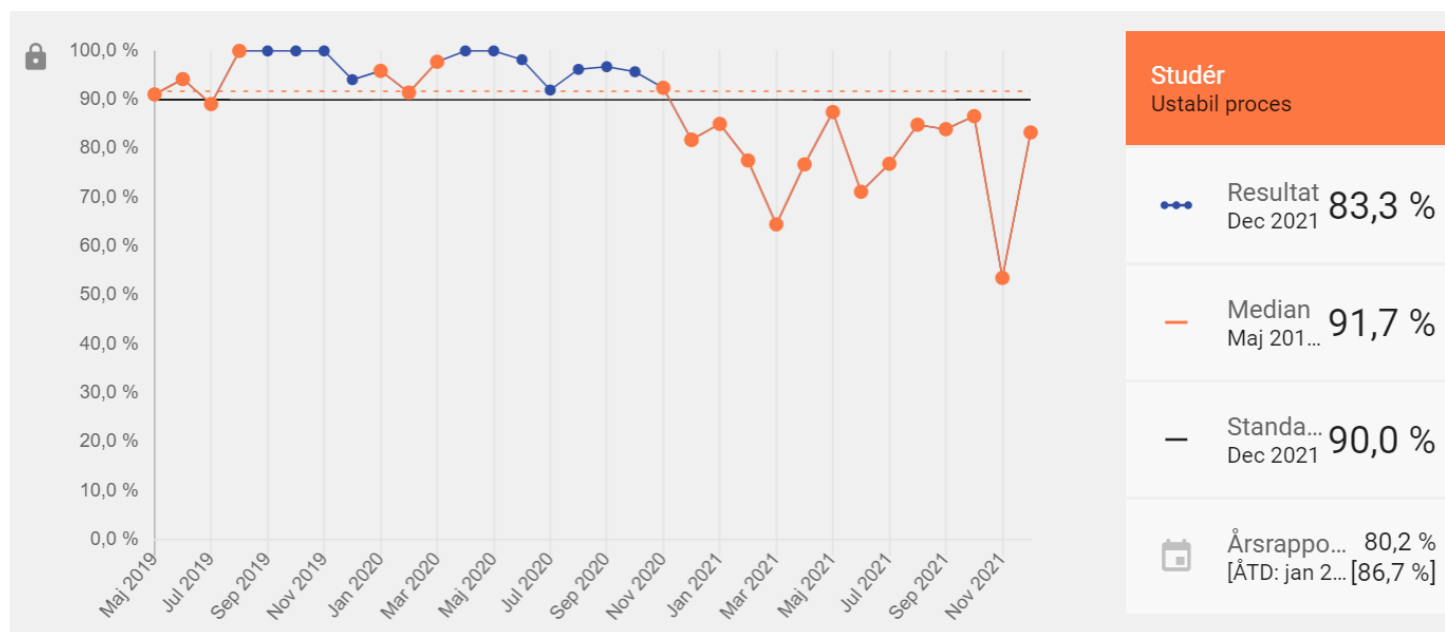
-bemanding?

-ændrede arbejdsgange?

2A: Modtagne patienter der har deres første behandlingskontakt senest 10 dage efter modtagelse af henvisning(Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

OUH Odense Universitetshospital



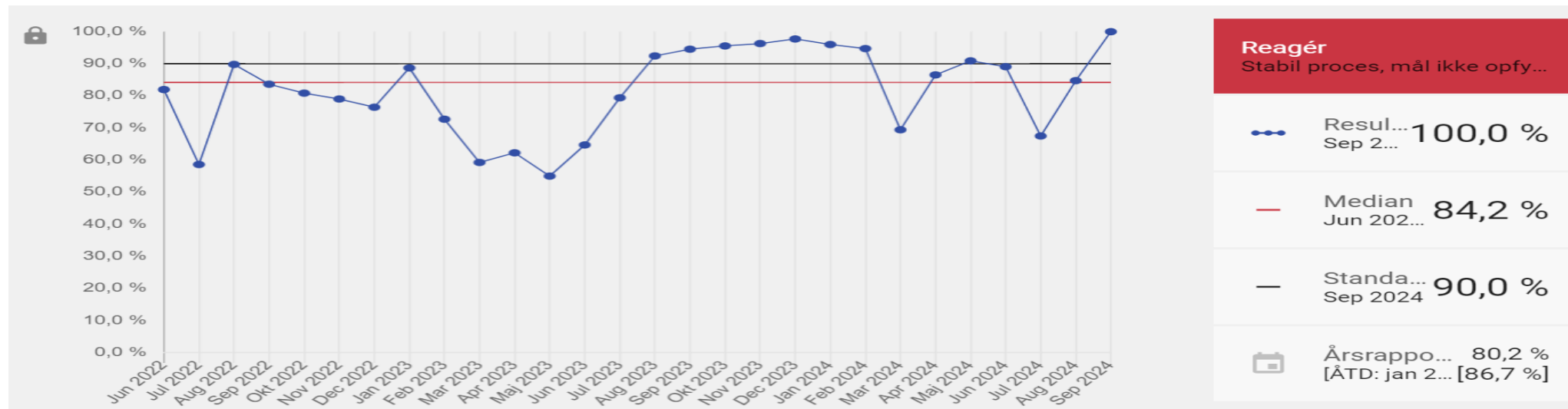
Målopfyldelse – indikator 2 ”Ventetid”

- Nye udfordringer

2A: Modtagne patienter der har deres første behandlingskontakt senest 10 dage efter modtagelse af henvisning(Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

OUH Odense Universitetshospital

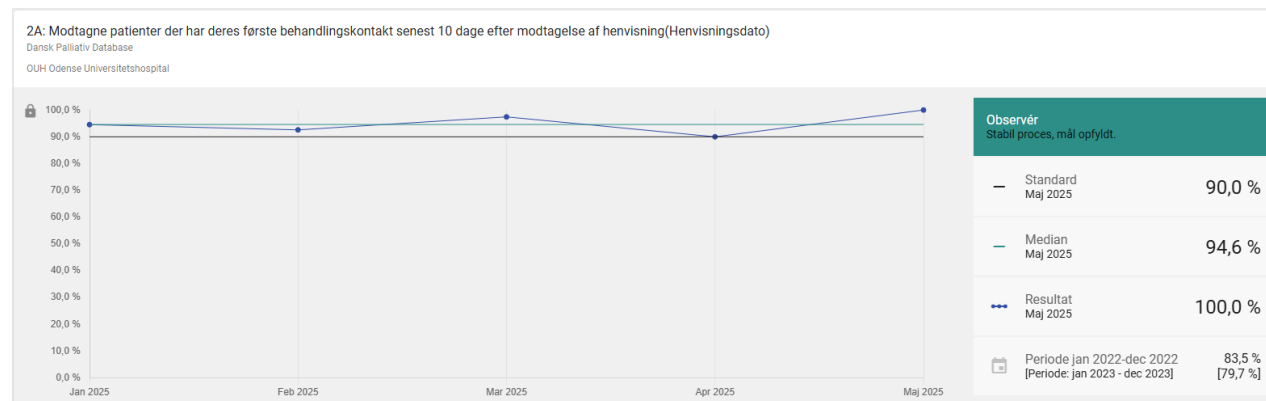
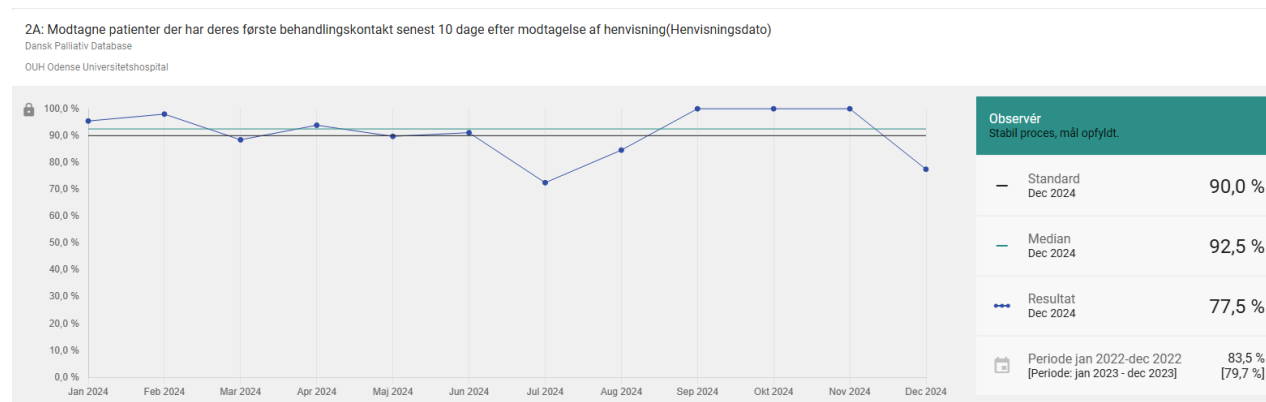


Ventetid 2024/25

- Ny visitationsprocedure

OUH har flyttet sig meget i positiv retning.

- Mere fokus



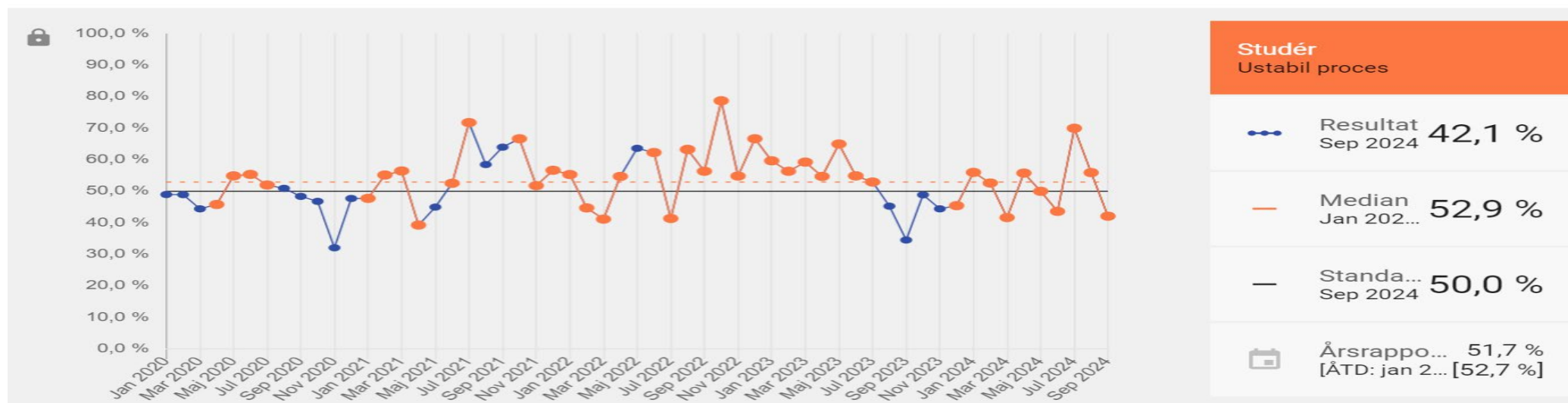
Målopfylldelse – indikator 4 ”EORTC”

- -forskellige udfordringer over tid

4A: Modtagne patienter der har udfyldt EORTC screeningsskema (Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

OUH Odense Universitetshospital



EORTC 2020

- Manglende målopfyldelse

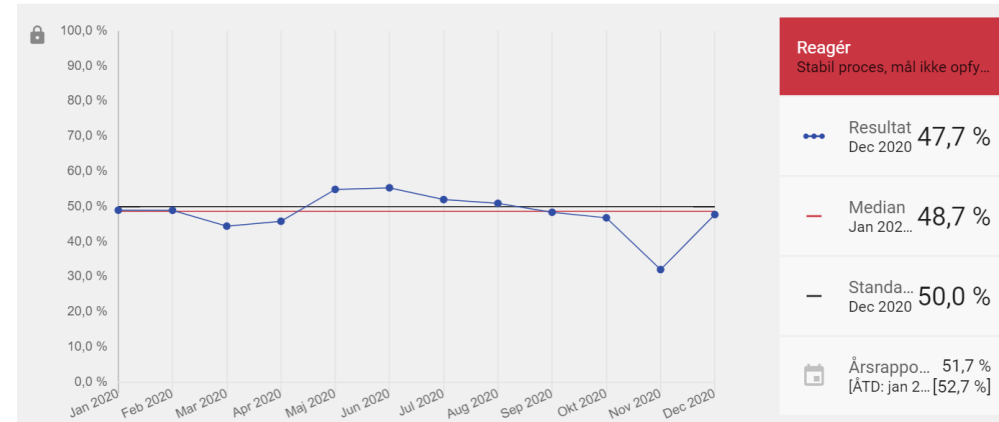
- Hvad var udfordringen?

- Indsats?

4A: Modtagne patienter der har udfyldt EORTC screeningsskema (Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

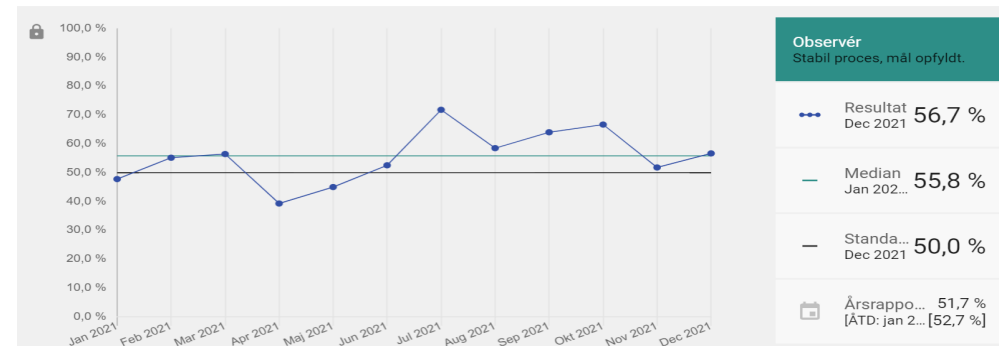
OUH Odense Universitetshospital



4A: Modtagne patienter der har udfyldt EORTC screeningsskema (Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

OUH Odense Universitetshospital



EORTC 2023

- Elektroniske EORTC skemaer
-Fald i svarprocent?

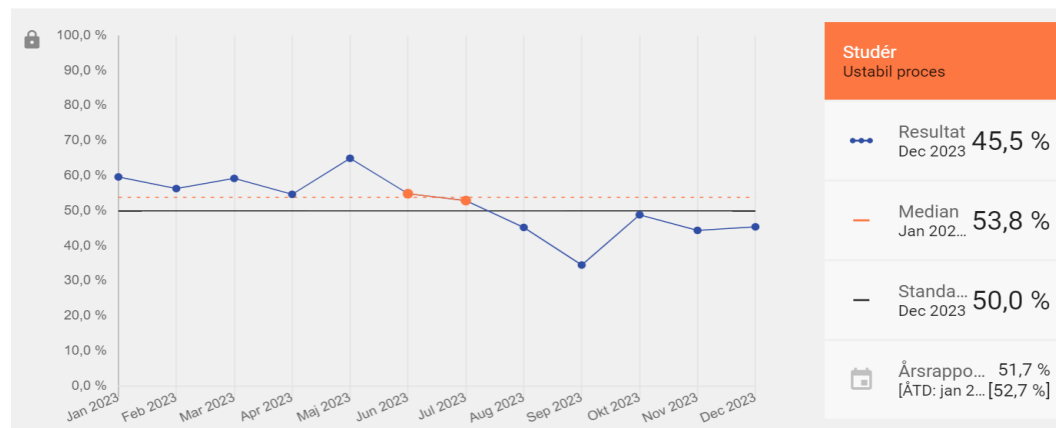
OUH har flyttet sig meget i positiv retning.

- Stabil proces 2024

4A: Modtagne patienter der har udfyldt EORTC screeningsskema (Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

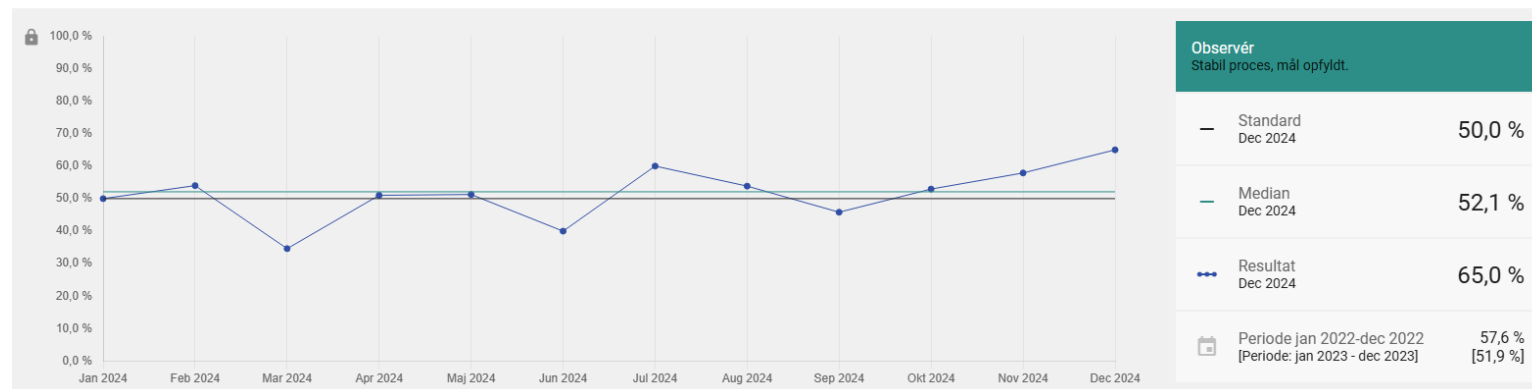
OUH Odense Universitetshospital



4A: Modtagne patienter der har udfyldt EORTC screeningsskema (Henvisningsdato)

Dansk Palliativ Database

OUH Odense Universitetshospital



Organisatoriske tiltag 2024

- Onsdagsmøder
 - skemalægger, oversygeplejerske, sekretær
 - planlægning af aktivitet
 - tidstro opfølgning på kvalitetsdata
 - tilpasning ud fra opfølgning

Tak for opmærksomheden

