



DMCG-samling

Konceptbeskrivelse 190421

DMCG-Samling er et forum til sikring af en kontinuerlig kvalitetsforbedring på kræftområdet. Kerneaktiviteten er en national multidisciplinær interkollegial auditering og diskussion af DMCG'ernes kvalitetsrapportering (årsrapporter) og aktivitetsberetning (årsberetning). De enkelte DMCG'er inviteres hvert andet år til et konstruktivt 'kvalitetstjek' i Samlingen og deltager på skift i den interkollegiale drøftelse og videndeling med andre DMCG'er.

Deltagere

Samlingen gennemføres med deltagelse af en række faste og inviterede medlemmer, og er principielt åben for alle interesserede. Samlingen refererer til DMCG.dk. Der etableres et korps af fagfæller (auditører), som forud for samlingen læser og forbereder drøftelse af én eller flere af de årsrapporter, der skal auditeres.

Faste medlemmer¹:

- Formand for DMCG-Samling (udpeget af DMCG.dk FU)
- Formandssekretær
- DMCG.dk: formand samt anden repræsentant fra forretningsudvalget
- RKKP: direktion og leder af Afdeling 2 (kræftdatabaser)
- DCCC: en repræsentant fra hhv. styregruppen og fagligt udvalg
- Regionerne: en sundhedsfaglig ledere – gerne på sygehusdirektørniveau fra hver af de 5 regioner
- Sundhedsstyrelsen: en repræsentant
- Kræftens Bekæmpelse: en repræsentant

Inviterede medlemmer:

- Fire udvalgte DMCG'er og tilhørende databasestyregrupper²
- De fire DMCG'er repræsenteret ved styregruppe inkl. formanden samt databasestyregruppemedlemmer³

Auditørgruppe:

- 5-10 fagfæller i og omkring DMCG.dk

Økonomi:

Formand og sekretær frikøbes svarende til 20 % (1 dag/uge).

Udgifter hertil samt til de fysiske samlinger finansieres af DMCG.dk's pulje til tværgående opgaver.

Formanden tilrettelægger, leder og følger op på DMCG-Samlingerne. Den enkelte DMCG's gennemgang af årsberetning og rapport følges op af fælles auditering med påpejning af opnåede kvalitetsløft og identifikation af sygdomsområdernes kvalitetsudfordringer samt løsningsforslag hertil.

¹ etableres først når konceptet er afprøvet

² i prøvehandling 2-3 DMCG'er pr gang

³ Klinikere, databaseteam og patientrepræsentant



Til hver samling udvælges et overordnet tema af interesse for alle DMCG'er. Temaet vælges af DMCG-samlingens formand, f.eks. med afsæt i DMCG.dk's strategi og handlingsplan⁴, idet Samlingens faste medlemmer opfordres til at foreslå temaer af aktuel eller presserende karakter. Formanden vil være ansvarlig for varetagelse af de praktiske forhold i forbindelse med planlægning og afvikling af drøftelserne.

Samlingernes struktur

Ambitionen er afvikling af tre årlige samlinger i form af fysiske heldagsmøder (alternativt 4 timers virtuelt møde eks. frokostpause) med følgende dagsorden:

- 1) Indledning
- 2) Præsentation af resultater og plan (å 30 minutter) efterfulgt af auditering i plenum (å 30 minutter)
 - a) **DMCG 1** (60 minutter)
 - b) **DMCG 2** (60 minutter)
- 3) **Overordnet tema** (60 minutter)
- 4) Oplæg og plan (å 30 minutter) efterfulgt af auditering i plenum (å 30 minutter)
 - c) **DMCG 3** (60 minutter)
 - d) **DMCG 4** (60 minutter)
- 5) Afrunding og skitsering af plan for opfølgning

Metode

De inviterede DMCG'er præsenterer på 30 minutter resultater for et seneste år, med afsæt i følgende disposition:

- 1) Kort præsentation af DMCG og database
- 2) Resumé af seneste DMCG-årsberetning, herunder status på de fire strategiske indsatsområder
- 3) Gennemgang af resultater fra seneste databaseårsrapport
- 4) Planlagte handlinger med afsæt i identificerede udfordringer og aktører
- 5) Fremhævnning af elementer der særligt ønskes sparring på

Audit gennemføres som en ekstern lægefaglig audit, hvor kollegaer fra andre DMCG'er vurderer resultater og kvalitetsudvikling med afsæt i eksplicite kriterier (fastsatte standarder og evt. kliniske retningslinjer). Udgangspunktet er de i årsrapporten dokumenterede resultater⁵ og tilstræbte kvalitetsniveauer samt relevante kliniske retningslinjer på området⁶. Audit ledes af en eller to udpegede fagfælle, der forlods har læst årsrapporten og forberedt en samlet drøftelse af 30 minutters varighed med udgangspunkt i flg. elementer (se evt. arbejdschema i bilag):

- 1) Materiale og datagrundlag
- 2) Målopfyldelse
- 3) Variation
- 4) Kvalitetsforbedring

⁴ det overordnede tema indgår ikke i prøvehandlingerne

⁵ <https://www.rkkp.dk/resultater/aarsrapporter/>

⁶ <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/retningslinjer-i-tabeloversigt/>



Undervejs tager formandens sekretær noter der sammenfattes i et kort referat med resultater af audit. Referatet har fokus på input til databaseresultater, kliniske retningslinjer og udviklingsplaner i den enkelte DMCG.

Audit

Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) for at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende forhold.

Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

<https://dsk.dk/wp-content/uploads/2018/09/Metodehåndbog-12-09-2018.pdf>

Output

Hvert møde følges op med en dialog mellem DMCG-samlingens formand og de auditerede DMCG'er/databasestyregrupper. Styregruppens formand har ansvar for at der udarbejdes et arbejdsdokument med en detaljeret plan for iværksættelse af de identificerede forbedringstiltag, herunder beskrivelse af opgaver og opgaveplacering ('adresse'). Audit og resultater vil kunne dokumenteres gennem DMCG'ens efterfølgende årsberetning. De endelige resultater indgår i den pågældende DMCG's auditering efter den toårige periode.

I samråd med bestyrelsen udarbejder DMCG-samlingens formand årligt en rapport vedrørende resultater af årets Samlinger og en plan for det kommende årshjul. Der afholdes i den forbindelse et årligt evalueringsmøde blandt Samlingens faste medlemmer med fokus på resultater, Samlingernes struktur og ønsker for overordnede temaer i kommende Samlinger.



DMCG-samling: audit Arbejdsskema

Indikatorer i de enkelte databaser kan findes her www.rkkp-dokumentation.dk

| | |
|------------------|-----------------|
| Database | |
| Materiale | Årsrapport 202X |
| Auditor | |
| Dato | |

1. Materiale & datagrundlag

Afdækning af indikatorsæt

- a. Afspejler indikatorsættet de tilhørende DMCG-retningslinjer?
- b. Dækker indikatorsættet det samlede behandlingsforløb (hele behandlingsforløbet i sygehussektoren og evt. også i primærsektor)?
- c. Er der udeladt indikatorer, der vurderes vigtige?
- d. Mangler der oplysninger på dele af populationen for de afrapporterede indikatorer?

Datagrundlag og variable

- e. Er datagrundlaget tilfredsstillende? (Er der oplysninger om validitets undersøgelser)
- f. Er datakvaliteten tilfredsstillende?
- g. Dækker databasen den relevante population?
- c. Er databasens variabelsæt relevant og dækkende?

2. Målopfyldelse

- a. Synes standarderne relevant fastsat?
- b. Er standarderne for de enkelte indikatorer opfyldt?



| |
|---|
| |
| c. Hvordan har udviklingen været over tid? (er processen stabil) |
| |
| d. Hvilket niveau er standarderne lagt på? |
| |
| 3. Variation |
| a. Er kvaliteten ensartet på tværs af regioner/afdelinger/kliniske enheder? |
| |
| b. Er der oplysninger om ulighed, f.eks. som variation i kvaliteten på tværs af bopælsregioner, social ulighed? |
| |
| c. Er evt. forskelle kommenteret/fortolket relevant – epidemiologisk og klinisk? |
| |
| d. Har evt. forskelle ændret sig over tid? |
| |
| 4. Kvalitetsforbedring |
| a. Er der i resuméet/sammenfatningen foreslået indsatser målrettet kvalitetsforbedringer på indikatorer med mangelfuld målopfyldelse? |
| |
| b. Er der en relevant 'adresse' på de foreslåede handlinger – er det tydeligt hvem der forventes at gøre noget lokalt/regionalt/nationalt? |
| |
| c. Skønnes de foreslåede indsatser relevante og tilstrækkelige for at opnå målopfyldelse? |
| |
| d. Er der rettet op på tidligere års manglende målopfyldelse? |
| |
| 5. Andet |
| Her anføres auditors øvrige kommentarer og fund vedr. variation på tværs af DK, f.eks. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Er der tegn til manglende konsensus om opgørelsesmetoden? • Refleksioner vedr. indikatorer, der måske kan standardiseres på tværs af sygdomsområder/databaser • Overvejelser vedr. patientvolumen og fordeling på regioner/afdelinger/kliniske enheder, herunder observeret variation og tilhørende statistiske udfordringer i relation til analyse og afrapportering |