

Regional kvalitetssikring - DMCG-Årsrapporter

d. 16. maj 2024 Middelfart



Regionsrådet 2022-2025



Den politiske kontekst

Landets mindste region – og det tager vi som en udfordring



Den strukturelle kontekst

Opgaver i Kvalitetsudvikling og Arbejds miljø

Arbejds miljø og trivsel:

Trivsel og psykisk arbejdsmiljø, Taskforce Sygefravær, samtaleforløb, arbejdsskader, ergonomi, kemi, samarbejde med Arbejdstilsynet.

Patientsikkerhed:

Jansk patientsikkerhedsdatabase og UTH, Konceptudvikling for håndtering og læring af patientsikkerhedskritiske situationer samt alvorlige og dødelige hændelser, ledelse i patientsikkerhed, udvikle PS indikatorer.

Lærings- og Kvalitetsteams:

National lead-region på LKT Tvang, regional tovholder og support af LKT Diabetes og LKT Akut Kirurgi.

DEN NORDJYSKE MODEL

Forbedring:

Tværasektorielle forbedringsprojekter; optimering, flow og forbedringstavler; Voksdug-processer i Hospitalsbyen, udeblivelser og hospitalsaflysninger, Optima og vagtplanlægning.

PRI – kliniske instrukser og retningslinjer

Drift, udvikling og systemejer af systemet med 1800 daglige opslag.

RKKP:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings-Program, monitorering af +80 kvalitetsdatabaser, visning af data, udvikle ledelsesoverblik, audits ved årsrapporter, support af klinikere og kvalitetskoordinatorer.

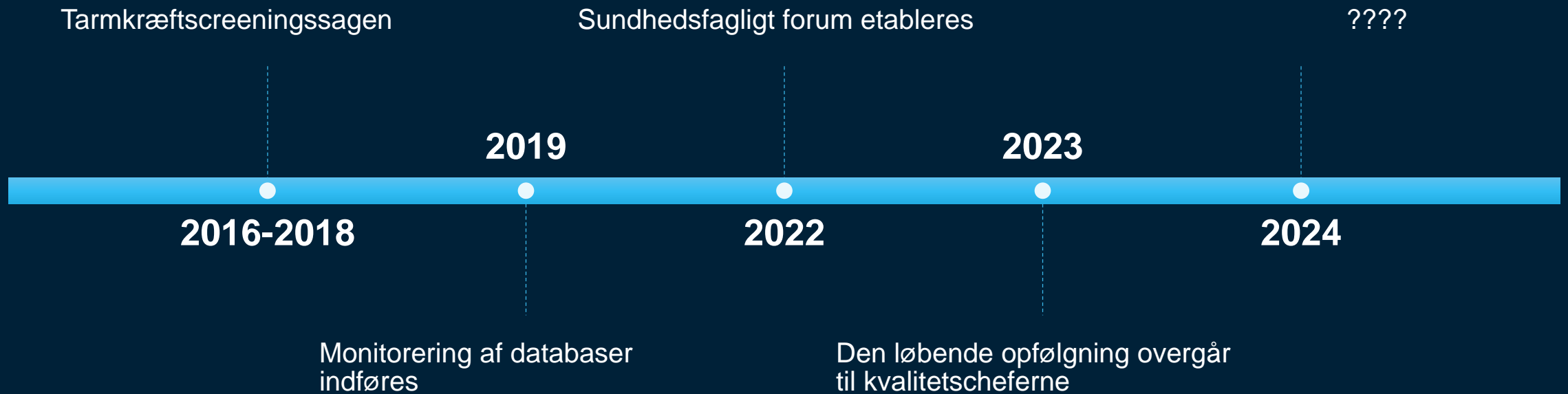
Patientinvolvering:

Patientoplevelser (LUP), udvikling og support af metoder til patientinvolvering, fx PAL & PT, fælles beslutningstagning, vælg klogt, Peerboards, demokratiprocesser.

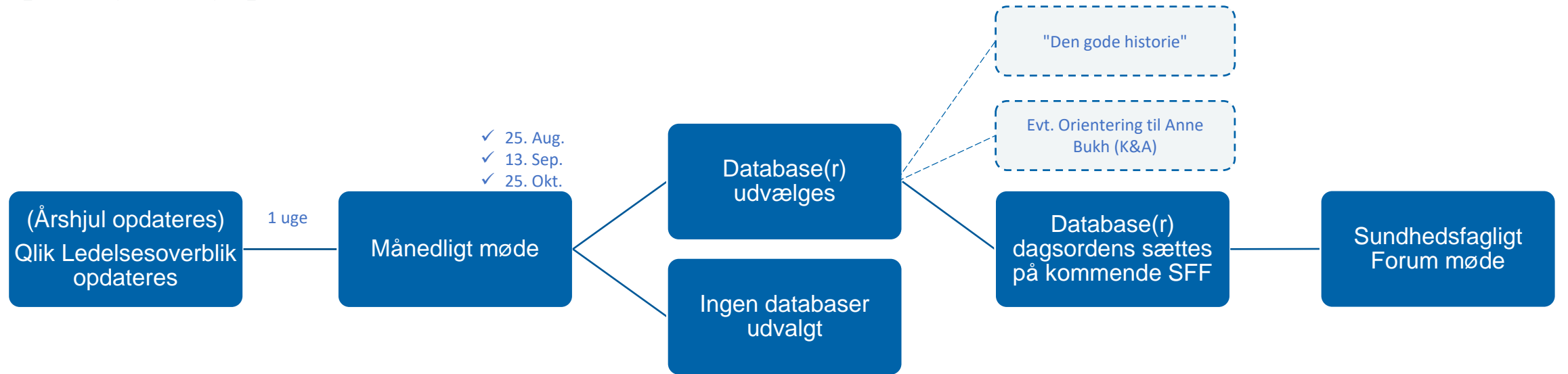


Udviklingschef
Jens Ravnholt

Tidslinje



Opfølgning på kvalitetsdatabaser



K&A opdaterer plan for hvilke databaser der har passeret skæringsdato. Der laves link til Qlik Ledelsesoverblik.

K&A booker møder. Databaser gennemgås. Kvalitetschefer er faste deltagere, relevante kontaktpersoner kan deltage efter behov. Hvis udfordringer udvælges database til gennemgang på SFF.

Kriterier

- Generelt: Volumen, type indikator, bevågenhed
- Manglende opfyldelse af vigtige resultatindikatorer
- Opmærksomhed på kvalitets og patientsikkerhedskritiske indikatorer
- Generelle udfordringer med at opfylde flere procesindikatorer
- Høj målopfyldelse/forbedring

K&A kontakter Sundhedsplanlægning i Regionshuset ift. at få dagsordenssat udvalgte databaser. Obs. koordinering med klinikere sammen med hospitalskontaktperson.

K&A udarbejder dagsordenspunkt til SFF møde. Database kommer på med deltagelse af klinikere.

Balance mellem kontrol og udvikling

Vi tilstræber:

- 10% af vores energi bruges på monitorering
- 90% af vores energi bruges på at understøtte kvalitetsudvikling



RKKP: Standarder eller udviklingsmål?

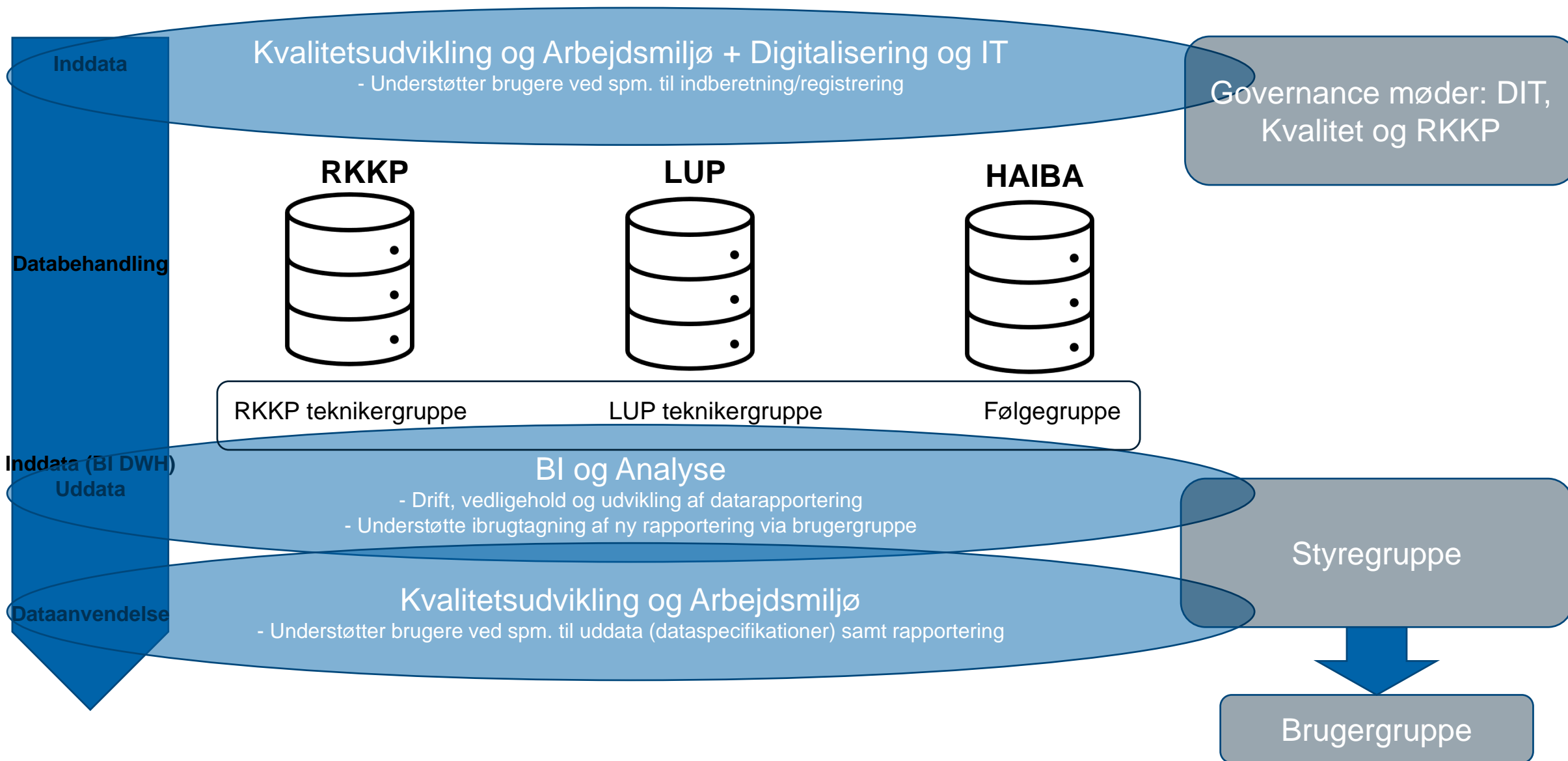
”Betegnelsen udviklingsmål anvendes fremadrettet som udtryk for det fastsatte niveau af kvalitet, som kvalitetsudviklingen vurderes på baggrund af. Betegnelsen erstatter termen standarder, der frem til 2024 er anvendt i årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Implementering vil ske gradvist og begrebet standard vil dermed fortsat kunne ses, indtil alle styregrupper har haft mulighed for at fastsætte udviklingsmål efter principper beskrevet her.”



”Når I nu kun bruger 10% af energien på monitorering, hvad bruger I så resten af tiden på?”

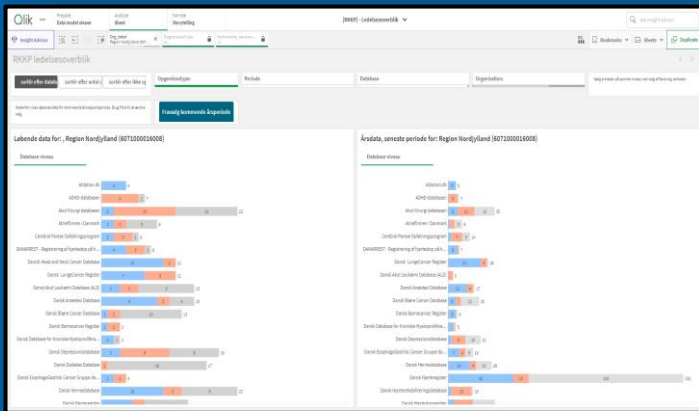
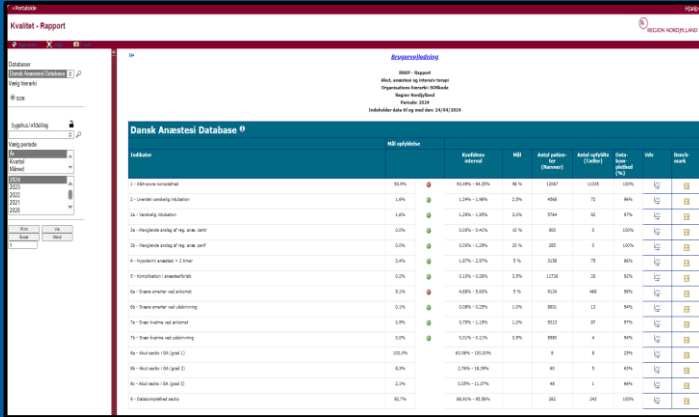
Ansvarsfordeling kvalitetsdata – Kvalitetsudvikling og Arbejdsmiljø samt BI og Analyse



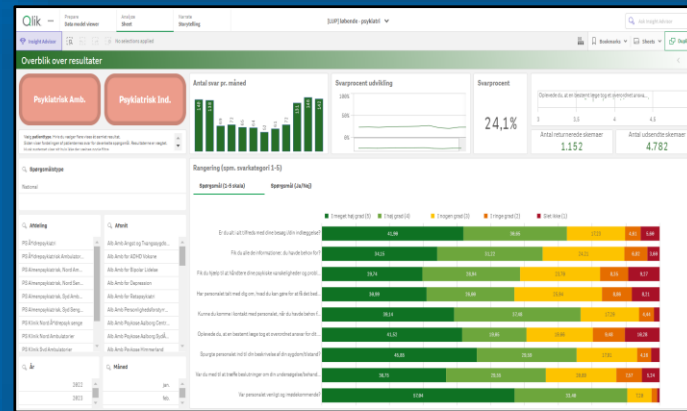
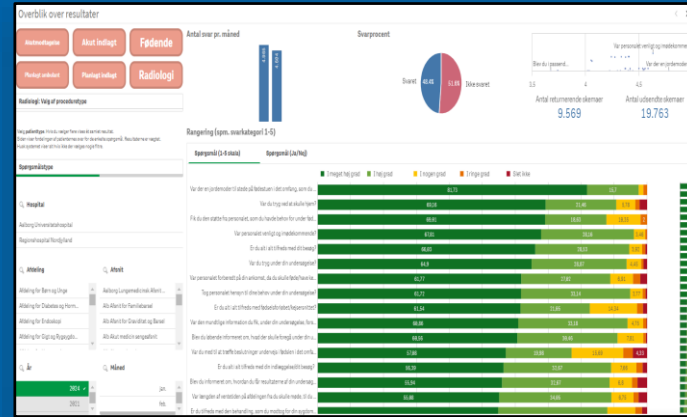
Nuværende udstilling af kvalitetsdata RN – Koncern Info og Qlik



RKKP



LUP x 2



HAIBA



Forskellige rapporttyper indenfor dataområderne: Benchmark, udvikling, CPR og kommentarer



Dansk kolorektal cancer database




Dansk kvalitetsdatabase for mammografiscreening



Kolorektal cancer database app – overblik over rapporter

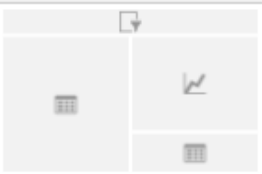





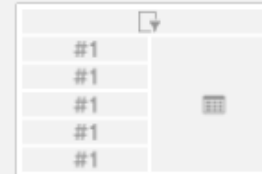

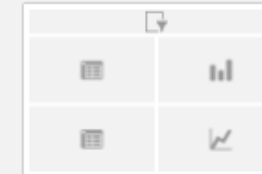



 **[RKKPdb] Kolorektal cancer database - Aalborg UH(3)**
Data last loaded: May 14, 2024, 7:49 AM

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Sheets Bookmarks Stories

▼ My sheets (5)

 Oversigt over indikatorer 	 Produktion - diagnosticeret, ... 	 Behandling af tidlig cancer og ... 	 Postoperative komplikationer c... 	 Operativ adgang, antal ... 
---	---	---	--	---



Kolorektal cancer database app – eksempler på rapporter

Oversigt over indikatorer

Indikatorbeskrivelse

Afholdt MDT konference ved nydiagnosticeret koloncancer
Afstand fra primær tumor til kirurgisk resektionsflade/-rande > 1 mm, rektum
Anastomoselækage ved kolonresektion med ileokolisk anastomose

År

Oversigt over målopfyldelse alle indikatorer

Indikatornum...	Indikatorbeskrivelse	Målopfylde...	Tæller	Nævner	Forbedringsret...	Standard
1	Afholdt MDT konference ved nydiagnosticeret koloncancer	94,6%	193	204	>=	97,00
6	Afstand fra primær tumor til kirurgisk resektionsflade/-rande > 1 mm, rektum	91,4%	32	35	>=	97,00
4a	Anastomoselækage ved kolonresektion med ileokolisk anastomose	0,0%	0	53	<=	2,00
4as	Anastomoselækage ved kolonresektion med ileokolisk anastomose, seneste 3 år	2,0%	5	246	<=	2,00
4b	Anastomoselækage ved kolonresektion med kolokolisk anastomose	5,6%	1	18	<=	4,00
4bs	Anastomoselækage ved kolonresektion med kolokolisk anastomose, seneste 3 år	3,3%	4	121	<=	4,00
4c	Anastomoselækage ved rektumresektion	5,3%	1	19	<=	8,00
4cs2	Anastomoselækage ved rektumresektion, partiel mesorektal excision (PME)	0,0%	0	5	<=	-
4cs	Anastomoselækage ved rektumresektion, seneste 3 år	15,9%	13	82	<=	8,00
4cs1	Anastomoselækage ved rektumresektion, total mesorektal excision (TME)	7,1%	1	14	<=	-
5_1s	Andel af elektivt, kurativt resecerede patienter med kolon- eller rektumcancer ud af alle ikke-opererede og elektivt opererede (inkl. aflastende indgreb og lokalprocedurer)	45,3%	62	137	-	-
5_2s	Andel af elektivt, kurativt resecerede patienter med kolon- eller rektumcancer ud af alle ikke-opererede og elektivt opererede (inkl. aflastende indgreb og lokalprocedurer)	39,8%	45	113	-	-
4cs3	Andel rektumresektioner, hvor der anlægges anastomose ud af alle resektioner af endetarm (Resektion af endetarm; Resektion af endetarm + kolostomi); APE, Ischioana; APE,	61,3%	19	31	-	-
91	Andelen af kolorektalcancer patienter registreret i både KRC og LPR i forhold til alle med kolorektalcancer registreret i KRC	1,1%	4	367	>	-

Operativ adgang, antal konverteringer, specialoperation og antal operationer pr. kirurg

År

Kvt

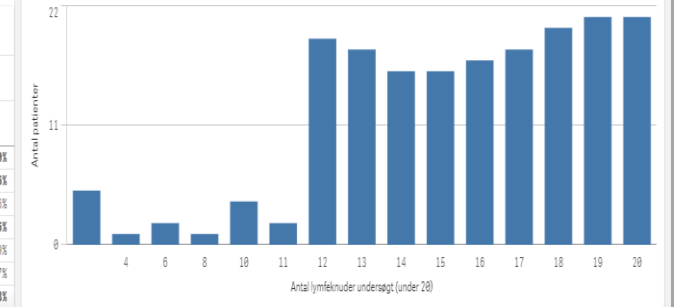
1. Operativ adgang og konvertering fordelt på cencertype

if(Op_adgang<... Q	Cancer_type Q	Values		
if(Konverteret_r... Q				
	01	02		
	Antal	Andel	Antal	Andel
Totals	285	100,0%	156	100,0%
01	39	13,7%	1	0,6%
08	39	13,7%	1	0,6%
02	199	69,8%	15	9,6%
01	18	6,3%	3	1,9%
02	181	63,5%	12	7,7%
03	14	4,9%	98	62,8%

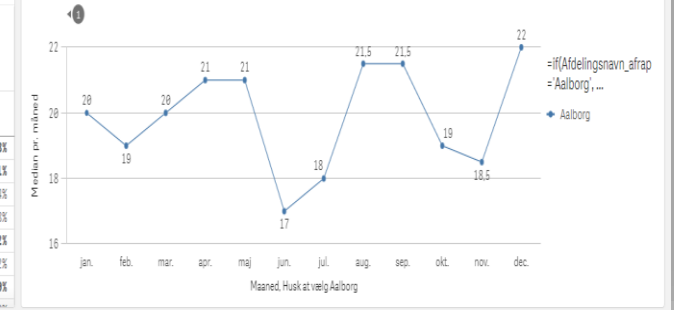
2. Fordeling af specialoperation på op. prioritet

if(Specialist_op... Q	Values		
if(Op_prioritet_r... Q			
	Antal	Procent	
Totals	441	99,8%	
01	Totals	363	82,1%
01	342	77,4%	
02	21	4,8%	
02	Totals	1	0,2%
01	1	0,2%	
08	Totals	75	17,0%

3. Antal patienter med <=20 lymfeknuder undersøgt (resektion af tumorbærende tarmsegment opereret med kurativt sigte...



4. Udvikling i median antal undersøgte lymfeknuder - Husk at klik på 'Aalborg' i højre side for beregning kun for Aalborg



Hvilken vej skal vi nu?

Store visioner – små skridt



Tak for ordet

Udviklingschef

Jens Ravnholt Pedersen

Mennesker og Organisation
Kvalitetsudvikling og Arbejds miljø

jerp@rn.dk

+4522576735