

Til: **Bilag 1**

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 38665060  
**Mail** csu@regionh.dk

Dato: 19. december 2015  
JU

## NOTAT

### Kongeindikatoren for klinisk kvalitet

Kongeindikatoren for klinisk kvalitet er blevet til ud fra et ønske om at finde en overordnet indikator for den samlede sundhedsfaglige kvalitet i hospitalsvæsenet. Det er via denne indikator muligt at dykke ned i data og få indsigt i, hvad det er, der over tid er sket, og som har medført en såvel positiv som negativ udvikling. Indikatoren er endvidere udviklet i overensstemmelse med regionsrådets ønske den 10. marts 2015 om at ændre kongeindikatorerne fra "uventede dødsfald" og "akutte genindlæggelser" til "klinisk kvalitet".

Der findes godt 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Hver database har et antal indikatorer, typisk 5-15, hvoraf de fleste har en standard for god kvalitet. Indikatorerne, som udtrykker god kvalitet på det konkrete sygdomsområde og de tilhørende standarder er fastsat af fagspecialister på tværs af hele landet og indikatorerne opdateres typisk en gang årligt i forbindelse med nationale audit i den enkelte database. En indikator kunne fx være andelen af patienter med apopleksi, der bliver behandlet med blodfortyndende behandling (trombolyse) inden for en time efter ankomst til hospitalet. Standarden er her sat til 75%. Det er vigtigt der leves op til standarden for denne indikator, da hurtig behandling kan være afgørende for patients fremtidige førlighed.

Kongeindikatoren måler hvor stort et antal af indikatorerne i de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, der er opfyldt ud af det samlede antal indikatorer. Beregningen bygger således på allerede eksisterende datakilder uden behov for ny indsamling af data.

Kongeindikatoren (andel) udregnes på følgende vis<sup>1</sup>:

#### **Summen af indikatorer, hvor standarden er opfyldt** **summen af alle indikatorer, der har en fastsat standard**

Kongeindikatoren er således et udtryk for, i hvilken udstrækning Region Hovedstaden lever op til de til enhver tid fastsatte kvalitetsindikatorer og standarder på tværs af sygdomsområder. Kongeindikatoren dækker sygdomsområder, som bl.a. er kendetegnet ved at omfatte "de store", "de dyre" og "de alvorlige" sygdomme. Psykiatrien er indeholdt. Målsætningen er, at Region Hovedstaden skal have en gennemsnitlig målopfyldelse på 80% på tværs af alle databaser.

---

<sup>1</sup> I Kongeindikatoren vægtes alle databaser ens både for at understrege, at det er vigtigt at følge kvalitet i alle sygdomsområder, men også for at undgå at små databaser med mange indikatorer ikke fylder uforholdsmæssigt meget. Dette sker ved at summere alle databasernes individuelle andel og dividere med antal af databaser. Standarden anses i øvrigt som opfyldt, såfremt den er statistisk opfyldt (det vil sige, at den fastsatte standard ligger inden for konfidensintervallet).

Det væsentlige er, at driftsmålsstyringen med denne kongeindikator i høj grad får fokus på kerneydelsen, som mange forskellige afdelinger og specialer bidrager direkte til. Det medvirker til at give øget ledelsesfokus og opmærksomhed på, hvilken faglig udvikling der er indenfor de enkelte specialer og dermed medvirker til at fremme implementering af kvalitetsforbedringer på et sygdomsområde på afdelingsniveau. Den øgede ledelsesopmærksomhed på de indikatorer som fagfolkene har fastsat kan medvirke til, at kongeindikatoren kan flyttes over tid, men der er grænser for hvor meget, da den jo til stadighed opdateres med nye indikatorer i takt med den faglige udvikling.

Man kunne også forestille sig, at hvis kongeindikatoren fx viser en konstant værdi på 80% over 3 år, at det således reelt ville være udtryk for en forbedring for patienterne, da der som nævnt bagved ligger en faglig udvikling.

Datagrundlaget for beregningen er det samme på tværs af afdelinger (specialer), hospitaler og regioner og leveres i dag af regionernes kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) i generisk form til de regionale ledelsesinformationssystemer, som i Region Hovedstaden hedder FLIS. Regionen modtager på nuværende tidspunkt data fra ca. 43 databaser (se bilag 1). Alle databaser forventes implementeret inden udgangen af 2016.

Bispebjerg Frederiksberg Hospital har kørt pilottest af de kliniske kvalitetsdatabaser som kongeindikator siden august 2015.

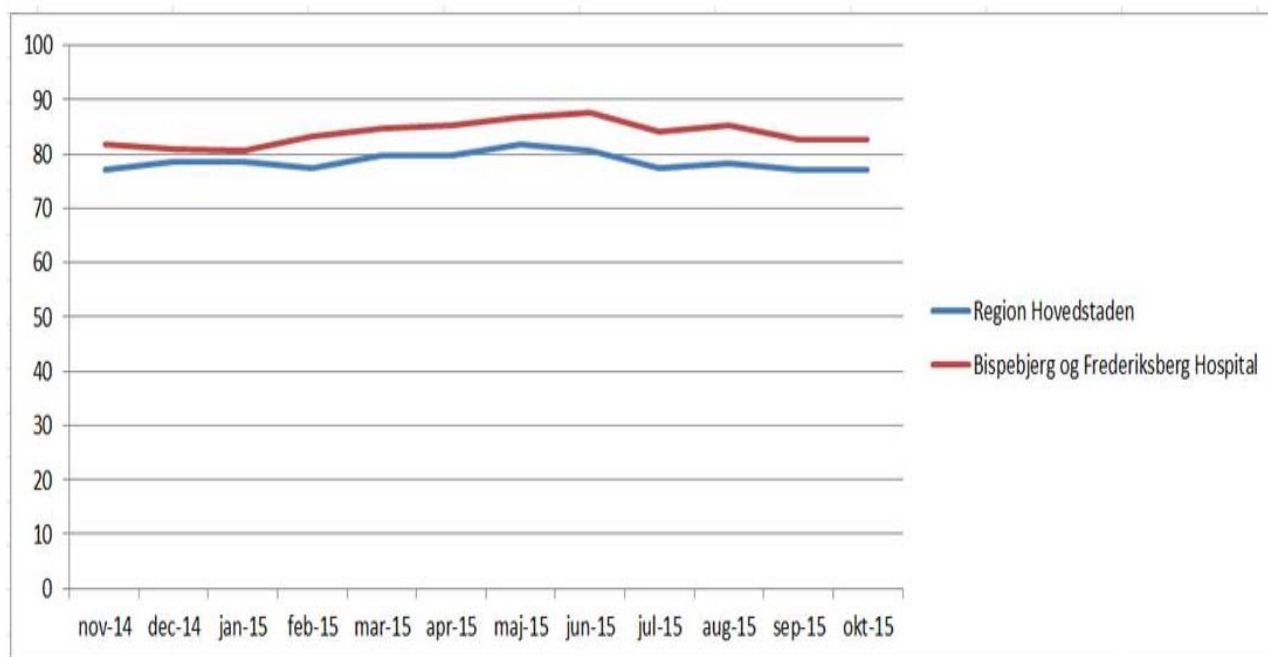
### **Nedbrydning af kongeindikatoren på organisatorisk niveau**

Det er muligt at bryde indikatoren ned på relevante organisatoriske niveauer. F.eks. kan indikatoren beregnes på hospitalsniveau. Det er dog ikke andelen af opfyldte indikatorer, der opnås på det enkelte hospital, der er mest interessant, men derimod ledelsens og kvalitetsafdelingens mulighed for at dykke ned i data og få et hurtigt overblik og indsigt i, hvilke indikatorer hospitalet ikke lever op til. De enkelte afdelinger har allerede adgang til de relevante databaser, som er tilknyttet afdelingen. Der kan således umiddelbart følges op direkte i forhold til de enkelte sygdomsområder, da man kan se, på hvilke hospitaler og afdelinger samt i hvilke specialer, de fastsatte standarder ikke er opfyldt og hvad der er sket over tid. Dette overblik skal kunne tilgås via FLIS, hvilket skønnes at betyde væsentlige tidsbesparelser i forhold til, hvis opgørelserne skulle udarbejdes manuelt af de enkelte hospitalers kvalitetsafdelinger.

### **Præsentation af data for kongeindikatoren klinisk kvalitet**

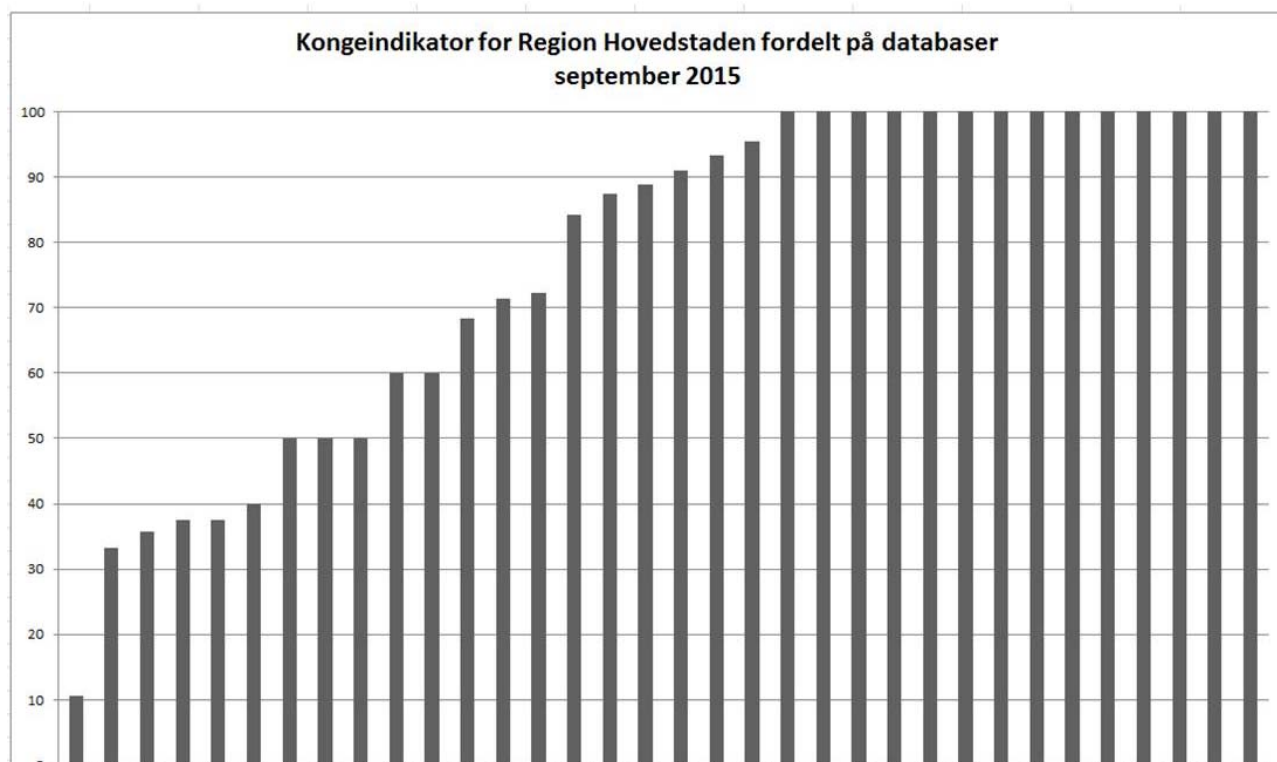
I det følgende præsenteres de data som er i spil i forbindelse med brug af kongeindikatoren, som de aktuelt ser ud. Princippet er helt overordnet, at man fra det samlede resultat af kongeindikatoren i regionen (se figur 1) kan trykke sig ned på resultatet på de enkelte hospitaler (se figur 2) og dernæst resultatet på de enkelte afdelinger og dernæst ned på de enkelte indikatorer og (med de rette rettigheder) i sidste ende helt ned på den enkelte patient (figur 4 og figur 5). Dermed er der mulighed for i sidste ende, at gennemgå de enkelte patientforløb. Figur 1 -3 vil primært have interesse for de øverste ledelsesniveauer i regionen, mens de øvrige figurer har detaljeret indhold beregnet til hospitalsledelsesniveauet og klinikerne på de enkelte afdelinger.

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at kongeindikatoren er forskelligt sammensat fra hospital til hospital, da det er forskelligt hvilke specialer og dermed databaser, som findes på de enkelte hospitaler. Kongeindikatoren kan dermed heller ikke direkte anvendes til at benchmarke eller sammenligne hospitalernes resultater med hinanden. Det er således ikke primært det samlede resultat, der er interessant, men derimod muligheden for ledelsen, kvalitetsafdelinger, klinikere m.fl. for hurtigt at få et overblik og dykke ned i data på de relevante organisatoriske enheder, som en kvalitetsdrøftelse så kan tage udgangspunkt i.



**Figur 1:** Viser resultatet af kongeindikatoren på regionsniveau samt for Bispebjerg Frederiksberg Hospital, hvorved man kan få et indtryk det enkelte hospitals bidrag til Region Hovedstadens samlede resultat

Bag et tilfredsstillende gennemsnit kan der gemme sig utilfredsstillende resultater i de enkelte databaser. Derfor suppleres kongeindikatoren på regionsniveau med en præsentation som viser, hvor stor en del af indikatorerne med fastsatte standarder som Region Hovedstaden lever op til i de enkelte databaser (se figur 2). Herved kan man få et samlet overblik og kan rette fokus på de databaser, som har en lav målopfyldelse. Man kunne fx vælge at sætte fokus på databaser, som har en målopfyldelse på mindre end 40%,



**Figur 2:** Illustration af, hvordan man kan få et overblik over andelen af indikatorer med fastsatte standarder, som er opfyldt i de enkelte databaser. Hver enkelt søjle repræsenterer en kvalitetsdatabase.

På tilsvarende vis som data kan præsenteres på regionsniveau med hospitaler (jf. figur 1) kan resultaterne illustreres på hospitalsniveau med afdelinger.



**Figur 3:** Viser resultatet af kongedekkeringsindikatoren på hospitalsniveau. Her er vist geriatrisk afdelings bidrag til hospitalets samlede resultat.

Endelig kan man trykke sig videre i systemet og se hvilke konkrete indikatorer, som er opfyldt og hvilke, der ikke er opfyldt på de enkelte afdelinger. For den enkelte afdeling er det kun de relevante databaser som henhører under afdelingen, der inddrages i afdelingens driftsmålsstyring.

På Bispebjerg Hospital har man i pilottesten i øvrigt sendt følgende data til afdelingsledelserne:

1. Fra FLIS med skærmdump for hvert sygdomsområdes røde indikatorer, dvs. ikke opfyldte indikatorer (Figur 4)
2. En oversigt over alle røde indikatorer/ikke opfyldte indikatorer på hele hospitalet (figur 5)
3. Kongeindikator på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital som seriediagram (figur 6)
4. For alle de røde indikatorer er endvidere på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital udarbejdet seriediagrammer, som viser udviklingen over tid (ej medtaget her)

## Indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser

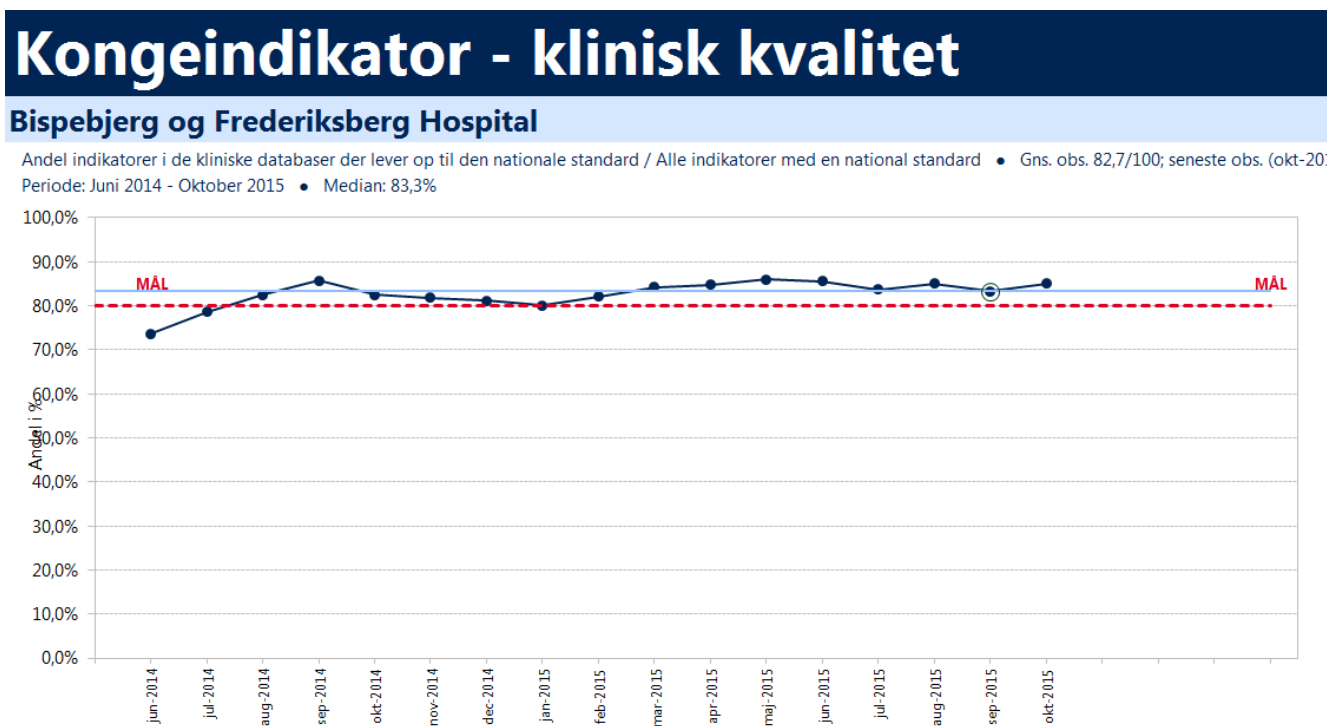
Nyeste data til og med: September (2015) Sammenlign med: Landsresultat  
 Database: Dansk Voksen diabetesdatabase (dvdd) Hospital: Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler  
 Afdeling: Medicinsk Ambulatorium, FRH

Indikator	Opgørelsesperiode	Data-komplethed	Seneste værdi	Konfidens-interval	Standard	Antal patienter	Sammenligning	Udvikling
01.11 HbA1c på = 59 mmol/mol (dvdd)	September 2015	100	20,0	9,05 - 35,65		40	45,3	
01.12 HbA1c på = 75 mmol/mol (dvdd)	September 2015	100	100,0	91,19 - 100,00		40	100,0	
01.2 HbA1c ikke antidiabetisk beh. (dvdd)	September 2015	100	5,3	0,13 - 26,03	5	19	0,9	
02.11 Blodtryk (dvdd)	September 2015	100	95,1	83,47 - 99,40	95	41	95,9	
03.11 Måling af kolesterol (dvdd)	September 2015	100	97,5	86,84 - 99,94	95	40	98,0	
03.21 LDL > 2,5 (2)- ikke behandling (dvdd)	September 2015	100	0,0	0,00 - 45,93		6	34,6	
04.11 Undersøgelse af nyrefunktion (dvdd)	September 2015	100	97,6	87,14 - 99,94	95	41	96,3	
04.21 Med. beh. ved nyrepåvirkning (dvdd)	September 2015	29	25,0	3,19 - 65,09		8	18,8	
05.11 Øjenundersøgelse - 2 år (dvdd)	September 2015	100	95,1	83,47 - 99,40	90	41	91,9	
05.21 Øjenundersøgelse - 4 år (dvdd)	September 2015	100	100,0	91,40 - 100,00	95	41	96,3	
06.11 Fodundersøgelse - 2 år (dvdd)	September 2015	100	82,9	67,94 - 92,85	95	41	95,4	
06.2 Rygestatus (dvdd)	September 2015	100	97,6	87,14 - 99,94	90	41	61,9	
06.3 Rygestop (dvdd)	September 2015	100	30,0	11,89 - 54,28	90	20	15,3	
13.1 Dækningsgrad (dvdd)	September 2015	100	68,4	56,75 - 78,61		76	69,6	
14.1 Overensstemmelse (dvdd)	September 2015	100	98,1	89,74 - 99,95		52	95,8	
15.1 Dækningsgrad - fødselsdato (dvdd)	September 2015	100	75,4	63,51 - 84,95		69	78,2	
16.1 Overensstemmelse - fødselsdato (dvdd)	September 2015	100	98,1	89,74 - 99,95		52	95,5	

**Figur 4:** Viser præcist hvilke indikatorer, der er opfyldt (grøn), der er statistisk opfyldt (gul) og hvilke der ikke er opfyldt (rød) for en given database. Via FLIS har de relevante afdelinger adgang til detaljerede oplysninger vedr. resultaterne og opfyldelsen af de enkelte indikatorer – også over tid. For en nærmere gennemgang af de informationer, der er i tabellen og hvordan de bruges kan henvises til publikationen: Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser - En introduktion til afrapporteringen af resultater fra de Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser i FLIS.

Røde indikatorer i september 2015 der indgår i hospitalets kongeindikator		
database	Indikatornr.	Indikatornavn
daproca	23	Datakomplethed: Diagnose
daproca	26	Datakomplethed: PROM
did	10	Kapacitet overflyt, medicinsk
dkrr	1	Komplethed alle korsbånd op.
dvdd	6,1	Fodundersøgelse - 2 år
hofter	1,2	Præoperativ optimering
hofter	2,2	Operationsdelay (=< 24t)
hofter	2,3	Operationsdelay (=< 36t)
hofter	3,1	Tidlig mobilisering
hofter	4,2	Basismobilitet før brud
hofter	4,3	Basismobilitet ved udskrivelse
hofter	5,1	Ernæring
hofter	6,1	Profylakse osteoporose
hofter	7,1	Profylakse fald
kol	1,1	Lungefunktion
kol	2,1	Ernæringstilstand
kol	3,1	Åndenød
kol	4,1	Rygestatus
kol	8,1	Inhalationsteknik

**Figur 5:** Her er en samlet oversigt over alle de indikatorer, som hospitalet ikke opfylder på tværs af alle databaser. Hermed kan hospitalsledelsen få et samlet overblik over hvilke indikatorer hospitalet ikke lever op til.



**Figur 6:** Kongeindikator på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital vist i seriediagram

## Bilag 1: Databaser i Region Hovedstaden, som er implementeret i FLIS

- Blødende mavesår, Akut Kirurgi Databasen (ulcus)
- BUP-ADHD databasen (adhd)
- Dansk Apopleksiregister (dap)
- Dansk Brystcancer Register (dbcg)
- Dansk Depressionsdatabase (ddd)
- Dansk Esophagus-, Cardia- og Ventrikelkarcinom database (decv)
- Dansk Fedmekirurgiregister (dfr)
- Dansk Gynækologisk Cancer Database - Cervix (dgcdcc)
- Dansk Gynækologisk Cancer Database - Endometrie/Corpus (dgcdec)
- Dansk Gynækologisk Cancer Database - Ovarie (dgcdoc)
- Dansk Hjerteregister (dhreg)
- Dansk Hjertesvigts Database (dhd)
- Dansk Hoftealloplastik Register (dhr)
- Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database (DHHD) (dhhd)
- Dansk Intensiv Database (did)
- Dansk Knæalloplastik Register (dkr)
- Dansk Korsbåndes Rekonstruktions Register (dkrr)
- Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (foedsler)
- Dansk Lever-Galdevejs Cancer Database (dlgcd)
- Dansk LungeCancer Register (dlcr)
- Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister (dnsl)
- Dansk Neuro Onkologisk Register (dnor)
- Dansk Palliativ Database (dpd)
- Dansk Pancreas Cancer Database (dpcd)
- Dansk Prostata Cancer Database (daproca)
- Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (kol)
- Dansk Skulderalloplastik Register (dsr)
- Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud (hofter)
- Dansk Urogynækologisk Database (dugabase)
- Dansk Voksen diabetesdatabase (dvdd)
- Den Nationale skizofrenidatabase (skizofreni)

- Herniedatabasen - Inguinalhernier (ihern)
- Herniedatabasen - Ventralhernier (vhern)
- Hæmatologiske Fællesdatabase - Akut leukæmi (alg)
- Hæmatologiske Fællesdatabase - Kroniske Myeloide sygdomme (mpds)
- Hæmatologiske Fællesdatabase - Malignt lymfom (lyfo)
- Hæmatologiske Fællesdatabase - Myelomatose (dmsg)
- Landsdækkende Database for Geriatri (ger)
- Landsregistret Karbase (kar)
- National Database for Søvnåpnø (ndosa)
- Perforation, Akut Kirurgi Databasen (perfv)