



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

# Datastøttet kvalitetsudvikling – i et sammenhængende sundhedsvæsen

Jens Winther Jensen, MD, MPH

Aalborg Kongres & Kultur Center

30. oktober 2024 11:00 til 11:20



SUNDHEDSVÆSENETS  
KVALITETSINSTITUT  
UNDER ETABLERING

# KLINISK KVALITET 2024

Kvalitet i et samlet sundhedsvæsen  
– vi nedbryder de faglige siloer og  
bygger broer!





# SUNDHEDSVÆSENETS KVALITETSINSTITUT

under etablering

- Hvad kan vi se frem til?

# Danske Regioner - beslutning

- Etablering af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut ved sammenlægning af Behandlingsrådet og RKKP
- Organiseringen af Kvalitetsinstituttet administrativt i regi af Region Midtjylland med opstart 1. januar 2025
- Formål og hovedopgaver for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
- Økonomisk ramme for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut



# Bestyrelse

- **Formand:** Anne Jastrup, tidligere hospitalsdirektør
- **Næstformænd:** Jane Kraglund, Regionsdirektør i Region Syddanmark & Helene Probst, Sundhedsfaglig direktør i Danske regioner
- **Koncerndirektører:** Anne Bukh, Region Nordjylland; Kurt Espersen, Region Syddanmark; Jesper Gyllenborg, Region Sjælland; Erik Jylling, Region Hovedstaden; Thomas Larsen, Region Midtjylland
- **Lægeforeningen:** Camilla Rathcke, formand
- **Dansk Sygeplejeråd:** Dorthe Boe Danbjørg, forkvinde
- **Danske Patienter:** Klaus Lunding, forperson (midlertidig udpegning)
- **Kommunernes Landsforening:** Trine Overgaard Møller, kontorchef
- **Indenrigs- og Sundhedsministeriet:** Dorte Bech Vizard, afdelingschef (observatør)

# Rådet

- **Formand:** Michael Dall, lægelig direktør, Odense Universitetshospital
- **Næstformand:** Morten Ziebell, lægelig vicedirektør, Sjællands Universitetshospital
- Én ledelsesrepræsentant fra **de fem regioner**
- **De Lægevidenskabelige Selskaber (3)**
- **DASYS (1)**
- **Danske Patienter (1)**
- **Danske Handicaporganisationer (1)**
- **Én sundhedsøkonom** udpeget af Rådet
- **Sundhedsstyrelsen (observatør)**
- **Lægemiddelstyrelsen (observatør)**
- **Kommunernes Landsforening (observatør)**
- **Evt. yderligere** per invitation, f.eks. DMCG.dk/DMCGerne

# Kliniske kvalitetsdatabaser

Kvalitetsinstituttet skal fortsat stå for drift og udvikling af mere end 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

Indsatsen skal løbende udvikles og forbedres, fokus vil bl.a. være på forhold som allerede er anført i RKKP's strategi:

- Fokuseret kvalitetsudvikling
- Læring og forbedring
- Bæredygtighed og innovation
- Dialog og sammenhæng

# Kliniske retningslinjer

- DMCG-retningslinjeindsatsen fortsætter
- Modellen skaleres til 39 specialebærende lægevidenskabelige selskaber
- LVS'erne indrulleres gradvis over 3-5 år
- Retningslinjesekretariatet udbygges
- DMCG Retningslinjeskabelonen genanvendes
- Øget fokus på ressourceanvendelse, bl.a. 'Vælg Klogt'- og 'do not-anbefalinger', sundhedsøkonomisk sparring samt Rådsbehandling af få retningslinjer
- Ny visningsplatform på Sundhed.dk





# Vurderinger

Arbejdet med at lave vurderinger mhp at minimere spild og frigøre arbejdskraft fortsætter, idet dog 'industrisporet' bortfalder.

Vurderingerne skal have fokus på at fjerne behandlinger, der ikke skaber værdi for patienterne, eller hvor der er usikkerhed om evidensen og mindre ressourcekrævende alternativer kan erstatte disse behandlinger.

Kvalitetsinstituttets råd overtager Behandlingsrådets opgave med at behandle vurderingerne og komme med anbefalinger.

Forslag til vurderinger kan bl.a. komme fra Rådet, regioner, hospitaler, LVS, faglige selskaber og Vælg Klogt

# Hvad er så det nye?

Beskrivelsen af organisering og opgaveløsningen fortsætter ind i 2025 – indtil videre ser vi konturer af 'nyt' i relation til:

- Mulige synergier på tværs af de tre kerneopgaver
- Øget fokus på tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde
- Øget fokus på ressourcetræk – fagligt ansvar og ledelsesmæssig opmærksomhed – tilføjelse af sundhedsøkonomisk/HTA-kompetence
- Habilitet: sikring af gennemsigtighed og uvildighed

# Eksempler

Behandlingsrådets analytiske kompetencer f.eks. på Sundhedsøkonomi og HTA



- Kliniske retningslinjer
- Kliniske kvalitetsdatabaser

RKKPs analytiske kompetencer f.eks. på kvalitetsudvikling og benchmark



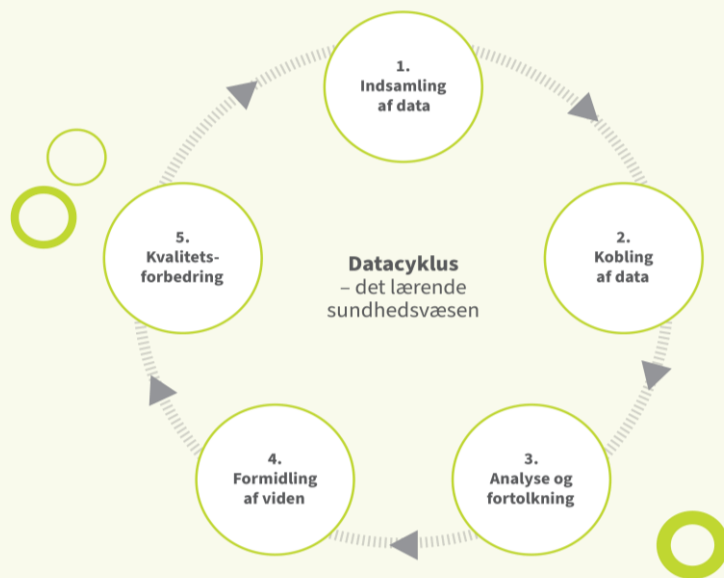
- Vurderinger



"Det er aldrig let at få at vide, man er alvorligt syg, men jeg føler mig tryggere, fordi jeg ved, at I tager kvalitetsarbejdet alvorligt."

Patient ved audit på tarmkræftbehandlingen

# Datastøttet kvalitetsudvikling



Det lærende sundhedsvæsen



## 1. Indsamling af data

- Centrale registre
- EPJ integration
- KIP



## 2. + 3. Kobling og analyse

- SAS program
- Audit



## 4. Formidling af data

- Årsrapport
- Løbende data

# Indsiden: Strategi og Regionernes Sundhedsit (RSI) projekt

- MÅL: fjernelse af dobbeltregistrering og frigørelse af tid i klinikken

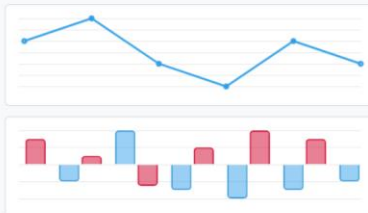
- 1) Arbejdsgange, der reducerer de ressourcer, klinikerne bruger på indrapportering
- 2) Data skal i videst muligt omfang hentes fra nationale registre
- 3) Data skal genbruges, hvis de allerede indrapporteres
- 4) Resterende data skal indrapporteres via dyb integration til snitflader udstillet af RKKP.
- 5) Det er databaseteams og styregrupper, der beslutter hvilke data, der skal indrapporteres og vurderer datakildens kvalitet.

# Udsiden: Årsrapport udvikling

## Velkommen til RKKP's datavisning

Daglige data før auditering

Login



## Formål

Det er med stor glæde at, vi kan lancere den første version af RKKP's datavisning. Data er de daglige data på summeret niveau - før auditering. Det har længe været et ønske fra flere sider at understøtte kommunikation og dialog med en ensartet præsentation af data fra de forskellige Kliniske Kvalitetsdatabaser i styregruppe-regi på tværs af hele landet, som supplement til de regionale og andre lokale præsentationer.

Der vil være følgende visninger:

- Indikatorvisning (oversigt)
- Indlæggelsen hen over tid

## Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Indledning

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggeshyppighed efter prostatabiopsi

Indikator 1a: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier

Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

Indikator 7: MR-aktivitet

Indikator 8a: PI-RADS score ved MR

Indikator 9: MDT-aktivitet

Oversigt over indikatorsættet

Styregruppens medlemmer

Om denne udgivelse

Kommentarer fra regionerne

## Dansk Prostatacancer Database

### Daproca Årsrapport 2023

Offentliggjort 1. juli 2024

## Årets Resultater

## Konklusioner og anbefalinger

Målopfølgelsesgraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem re kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et fokus på forbedringstiltag.

Implementeringen af den sterile transperineale biopsiudgang anses, ligesom den resulterende overbevisende medgang i biopsirelaterede indlæggelser. Det er aktuelt vigtigt at sikre en ensartet høj grad af implementering ved anvendelse af en stigende andel af transperineale biopsier i samtlige regions natur - vigtigt, at der i alle afsdelinger i fremtiden kodes specifikt for biopsiudgangen. F.eks. Perikutan transperineal nålebiopsi af prostata: TKED

MR-aktiviteten afspejler tilsvarende en effektivitet i implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsdækkende indsats for det aktuelle på lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes de spånder fra 29% til 75% blandt de større behandlingscentre (indikator 7).

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk progression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi indbegrebet af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8a). Det an den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Sydjylland og Region indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

## Årsrapporter

Alle databaser udgiver en årsrapport om kvalitetsudviklingen på det enkelte sygdomsområde.

### Dansk Børnecancer Register

Årsrapport for 2023

Dansk Børnecancer Register blev etableret i 1985. Der indberettes ca. 200 patientforløb årligt. Databasen dækker over børn under 18 år med cancer.

Åben Årsrapport

### Dansk Prostata Cancer Database

Årsrapport for 2023

Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa) har været i landsdækkende drift siden 1. februar 2010. Der registreres ca. 4.200 nye tilfælde hvert år.

Åben Årsrapport

### Dansk Knæalloplastik Register

Årsrapport 2023

Dansk knæalloplastik Register blev etableret i 1997. I 2023 blev der indberettet 14490 primære knæalloplastikker og 1272 revisioner.

Åben Årsrapport

### Dansk Kolorektal Cancer Database

Årsrapport 2023

Dansk Kolorektal Cancer Database blev etableret i 2001. Der registreres ca. 4000 nye tilfælde hvert år.

Åben Årsrapport

## Årets resultater

Konklusioner og anbefalinger

Indledning

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggeshyppighed efter prostatabiopsi

Indikator 1a: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier

Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

Indikator 7: MR-aktivitet

Indikator 8a: PI-RADS score ved MR

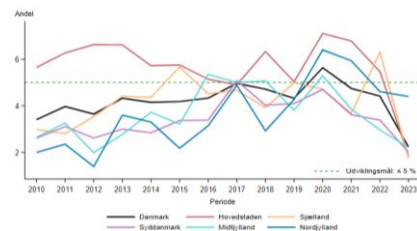
Indikator 9: MDT-aktivitet

Oversigt over indikatorsættet

Styregruppens medlemmer

Om denne udgivelse

## Indikator 1: Indlæggeshyppighed efter prostatabiopsi



— Danmark — Hovedstaden — Sjælland — Syddanmark — Midtjylland — Nordjylland

Trendrig region

Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med et lavt regionsniveau).

# Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD)

## Årsrapport 2023

1. januar 2023 – 31. december 2023

Offentliggjort 11.06.2024

### Indikator 7a: LDL-kolesterol

#### Lavt LDL-kolesterol beskytter mod nye hjertetilfælde

##### Hvad måler vi på?

Denne indikator måler, om LDL-kolesterol behandles som anbefalet. Anbefalingerne følger den gældende nationale [behandlingsvejledning](#). Aktuelt anbefales LDL < 1,4 og samtidig mindst 50% reduktion af LDL fra udgangsværdien. Data hentes automatisk fra Laboratoriedatabasen og dækker alle målinger indenfor de første 6-mdr. (Både fra sygehus og fra almen praksis).

##### Hvorfor er behandling af kolesterol vigtigt?

Sænkning af LDL-kolesterol reducerer risikoen for et nyt hjertetilfælde med ca. 20% for hver mmol som LDL sænkes med, og der er ikke påvist nogen nedre grænse for LDL, hvor effekten stopper. Behandlingen er derfor en meget vigtig del af den sekundære forebyggelse, der skal nedsætte risikoen for et nyt AMI eller ny revaskularisering.

##### Målopfyldelsen stadig langt under standard

Regionernes målopfyldeelse er mellem 41-45% fraset Region Nordjylland, som har 29% målopfyldeelse. Det er samtidig den region, hvor den medicinske efterbehandling i videst

udstrækning er overgået til almen praksis. Det bliver afgørende at se 1-års tal på LDL fra egen læge i årsrapporten 2024, mhp om egen læge får resten af patienterne i mål ved senere opfølgning.

##### Et eksempel til inspiration:

#### Hvad har I gjort på Sjællands Universitetshospital, Roskilde?

Alle sygeplejersker har delegeret ordinationsret på statiner og ezetimib. Ved første besøg indenfor 2 uger efter udskrivelsen er der fokus på målopfyldeelse og intensiveret medicinsk behandling, hvis LDL-målet ikke er nået. Der følges op med ny blodprøvekontrol og telefonkonsultation, hvor behandlingen yderligere kan intensiveres. Ved afsluttende lægesamtale er der igen blodprøvekontrol. Målopfyldeelse på denne

vigtige indikator er et hyppigt italesat fokusområde for både læger og sygeplejersker.

Overlæge Lars Juel Andersen, Rehabiliterings-klinikken, SUH Roskilde.

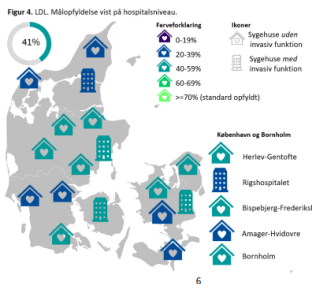
##### Patienternes perspektiv

Motivering er uhyre vigtig og systematisk opfølgning er essentiel. Løbende opfølgning kræver at man som patient selv skal kontakte egen læge. Nogle har ressourcer til aktivt at opsøge lægen, men man risikerer at tabe de svageste patienter.

##### Styregruppens anbefaling.

Det anbefales at optimere behandlingen effektivt inden udskrivelse og følge systematisk op. Det er en generel anbefaling, at patientens mål er opnået, og eventuelle bivirkninger er håndteret, inden patienten afsluttes fra sygehuset til egen læge. Patienten kan med fordel følges kommunalt, for støtte til efterlevelse af behandlingen. Det tilføjes, at det ikke med de aktuelt tilgængelige farmaka er muligt at opnå målopfyldeelse for alle. Styregruppen vurderer, at der er potentiale for højere målopfyldeelse med en standard på 80%.

##### Sådan fordeles patienterne sig



6

##### Hvem er patienterne?

DHRD inkluderer patienter med AMI, PCI og CABG. Fra et kommunalt perspektiv betyder det, at populationen er anderledes end den man kender fra egne data. Læs mere om DHRD populationen [her](#).

I kalenderåret 2023 fandt vi **11.143** patienter.

Vi ekskluderede herefter **2.733** patienter

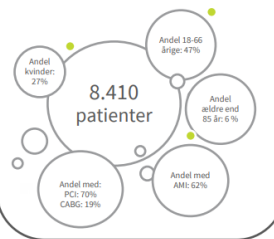
**679** havde andet event indenfor 12 mdr. (Indgik derfor allerede i databasen)

**447** havde indenfor 2 uger (Derfor var rehabilitering ikke relevant)

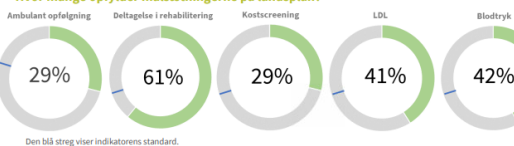
**1.607** havde en hjertesvigt-diagnose indenfor +/- 12 mdr.

(Monitører derfor i hjertesvigt-databasen)

I alt indgik således:



##### Hvor mange opfylder målsætningerne på landsplan?



##### Hvad konkluderer vi?

\* Hurtig ambulant opfølgning er udfordret i hele landet. Vi anbefaler et større fokus på den tidlige opfølgning, som er essentiel for tilsætning til efterbehandlingen. Det handler om lokal organisering og prioritering, samt et velfungerende samarbejde mellem de invasive centre og hjertefdelingene.

- \* Vi er begejstrede over at vise høj deltagelse i rehabilitering og vi nærmer os nu målsætningen på 70% nationalt. Hvis vi skal vise det sande billede, mangler vi data fra flere kommuner. Det skal være en høj prioritet at få løst den udfordring.
- \* Det går fortsat trægt med at implementere systematisk kostscreening i Danmark. Store lokale forskelle (0 – 66%) indikerer et betydeligt potentiale for forbedring.
- \* Vi skal have flere i mål med behandling af forhøjet blodtryk og LDL-kolesterol. Vi ser frem til næste år at vise 1-års data for LDL fra almen praksis, som kan vise, om almen praksis får dem i mål, som sygehusene ikke får i mål inden afslutning.
- \* Styregruppen ønsker endvidere at pointere, at et vigtigt fokusområde er at sikre komplette data på tværs, herunder data fra resten af kommunerne og almen praksis. Først herefter fås et komplet retvisende billede til brug for datastøttet kvalitetsstyring i sundhedsektoren og som hjælp for klinikere og ledere til at vælge klogt.



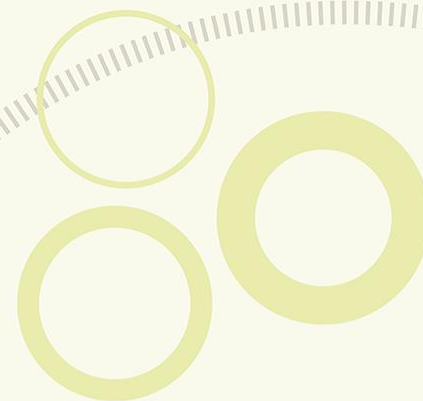
# Udsiden

## Årsrapport

- Status
- Anledning
- Statisk datasæt (1 års opgørelse)

## Løbende data

- Mere tidstro
- Dynamisk
- Trends



# Udsiden

Årsrapport

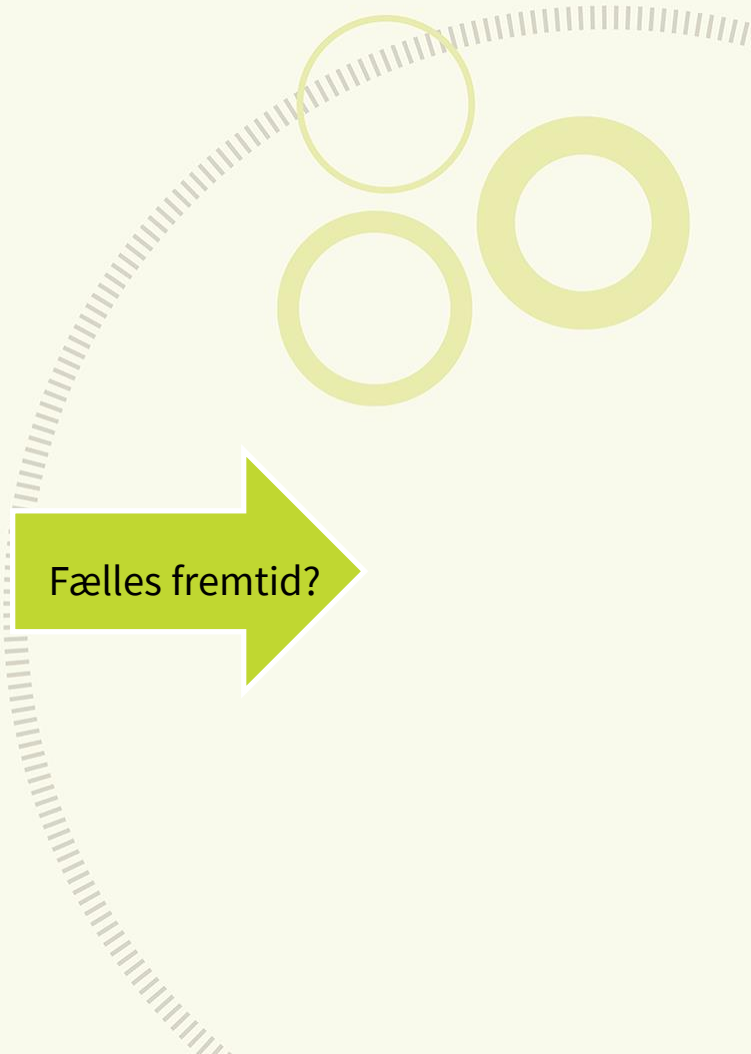
- Status
- Anledning
- Statisk datasæt (1 års opgørelse)

Løbende data

- Mere tidstro
- Dynamisk
- Trends



Fælles fremtid?









# Hvordan anvender ledelser i sundhedsvæsenet kvalitetsdata til udvikling af pleje og behandling?

Kong Frederiks Center for Offentlig Ledelse gennemfører en undersøgelse med det formål at belyse:

- hvordan RKKP-data anvendes i praksis af ledelser og klinikere
- hvordan data kan bidrage kvalitetsudvikling
- hvordan nuværende praksisser ser ud
- hvilke muligheder der er for at udbrede og forbedre brugen af kvalitetsdata

Undersøgelser har vist, at sundhedsvæsenets ansatte og leders opfattelser og brug af sundhedsdata kan variere væsentligt fra de tiltænkte formål, og tilstedeværelse af data er ikke nødvendigvis ensbetydende med anvendelse af data til eksempelvis læring og kvalitetsudvikling.

Undersøgelsen vil fokusere på

- Anvendelse af RKKP-data: Hvordan og hvornår bruger ledere på forskellige niveauer RKKP-data? Hvad er deltagernes opfattelse af RKKP-datas validitet, relevans og brugbarhed?
- Dialog mellem ledelsesniveauer: Hvordan bruges RKKP-data i dialogen mellem hospitals og regionsledelse? Hvordan anvendes data i spændingsfeltet mellem kontrol, dialog og læring?
- Rammer, adgang og organisatorisk understøttelse: Hvordan opleves rammer og eventuelle barrierer for adgang til data?

Undersøgelsen retter sig mod fire nøglegrupper:

1. Hospitalsledere
2. Afdelingsledere
3. Klinikere: personale, der er direkte involveret i behandlingen
4. Ledere og medarbejdere i kvalitetsenheder på sygehusene og evt. i regionerne.

# Forskellige data og visninger?

## Klinisk ledelse, Klinikere og faglige miljøer

- Dybde i deres faglige område
- Forbedringspotentiale og handlingsanvisende
- Fokus på positive eksempler og udviklinger
- Mindre fokus på negative, sanktionskrævende situationer
  - Undgå binære vurderinger
  - Undgå rød/ grøn visninger

## Ledelsen af sundhedsvæsenet

- Et udvalg af de mest relevante data
- Præsenter disse i et dashboard
- Fokuser på specifikke områder med **uønsket variation** i kvalitet, patientsikkerhed og udnyttelsesgrader

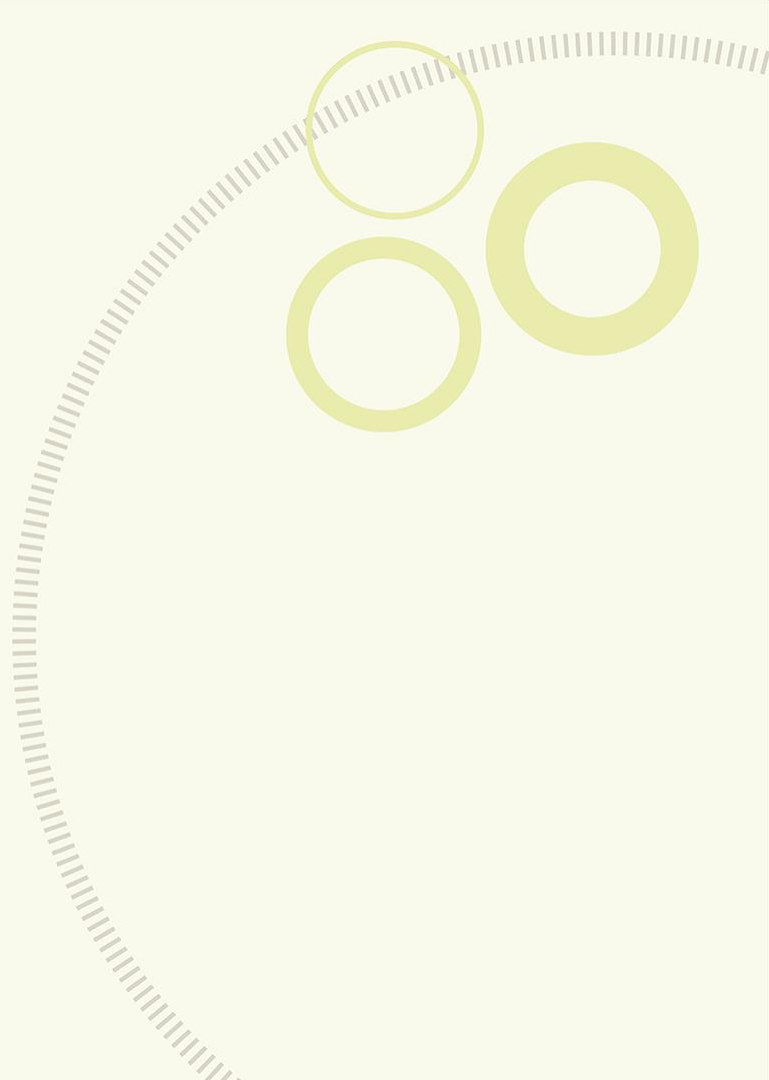
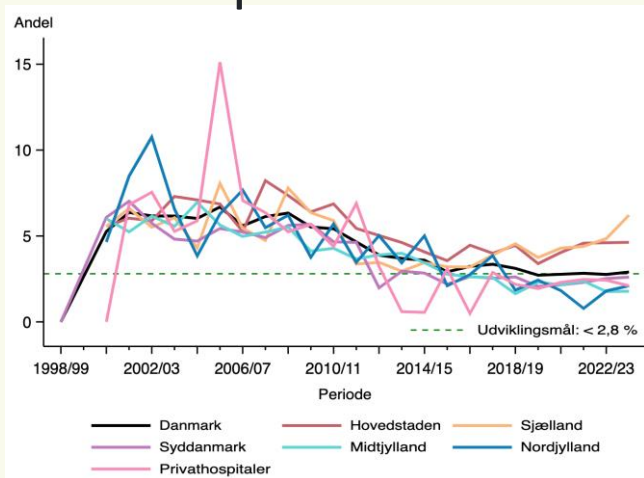


Hvad skal vi kaste lys på og sammenligne?



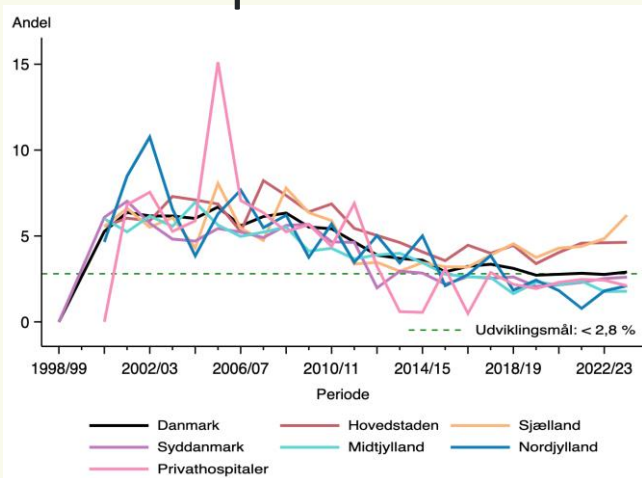
# Hvad skal vi sammenligne?

Genindlæggelse efter  
primær total  
knæalloplastik



# Hvad skal vi sammenligne?

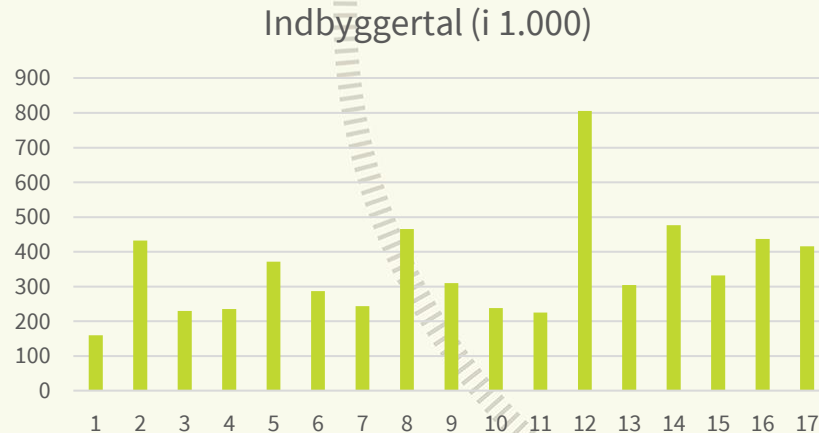
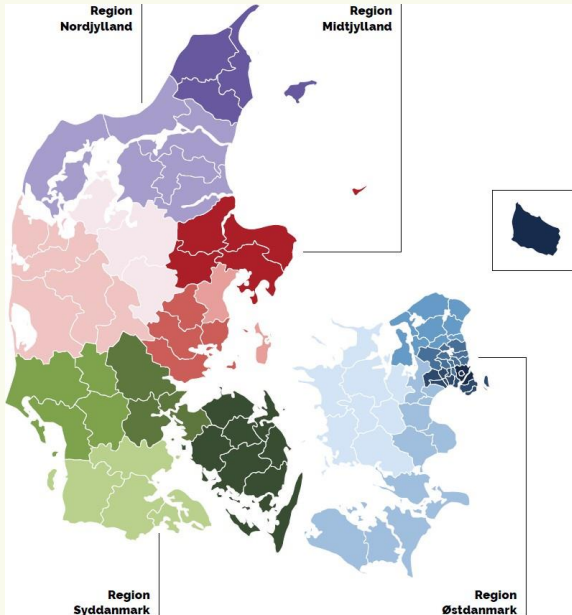
Genindlæggelse efter primær total knæalloplastik



Nye regioner	Antal indbyggere (mio.)	Andel indbyggere (pct.)	Antal regionsråds-medlemmer
Region Nordjylland	0,6	10 pct.	25
Region Midtjylland	1,3	23 pct.	31
Region Syddanmark	1,2	21 pct.	31
Region Østdanmark	2,8	46 pct.	41

# 17 Sundhedsråd

- Geografisk afgrænsede ift. lokalområdet.
- Ansvar for sygehuse, nærsundhedsplan, udvikling af nære tilbud, lokal planlægning af almen medicinske tilbud og praksissektor, planlægning af akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser mv.
- Egen økonomi

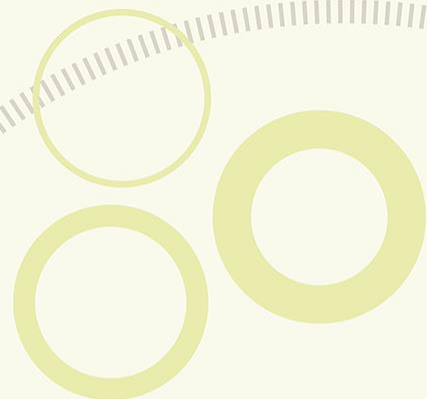


Indikator 1: Andel af ambulante patienter med KOL, som har fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang om året

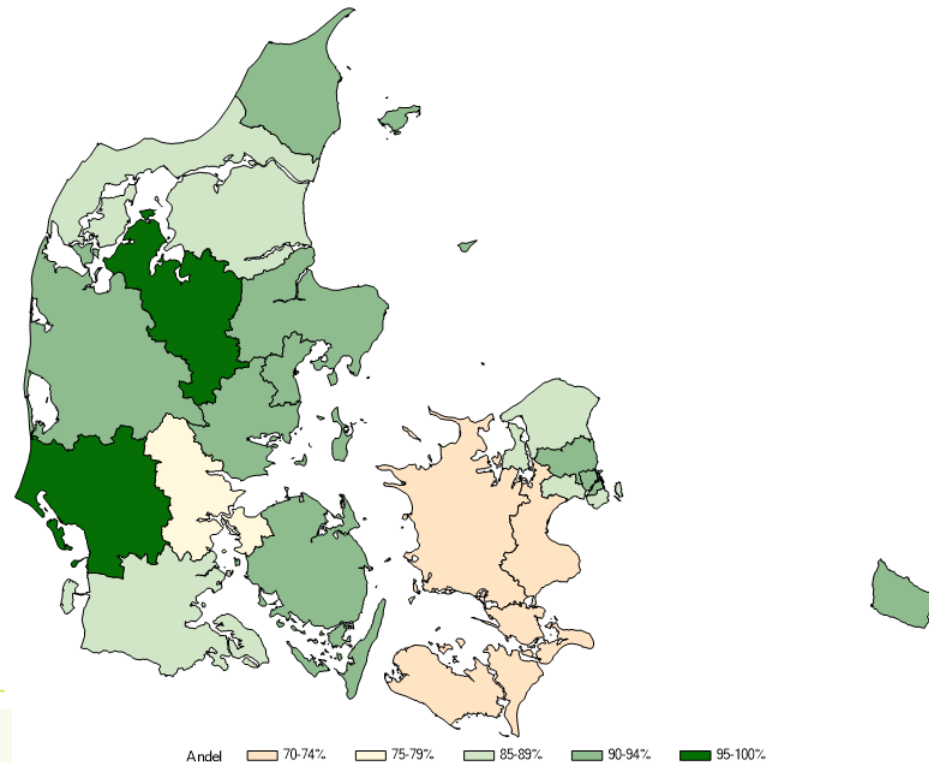
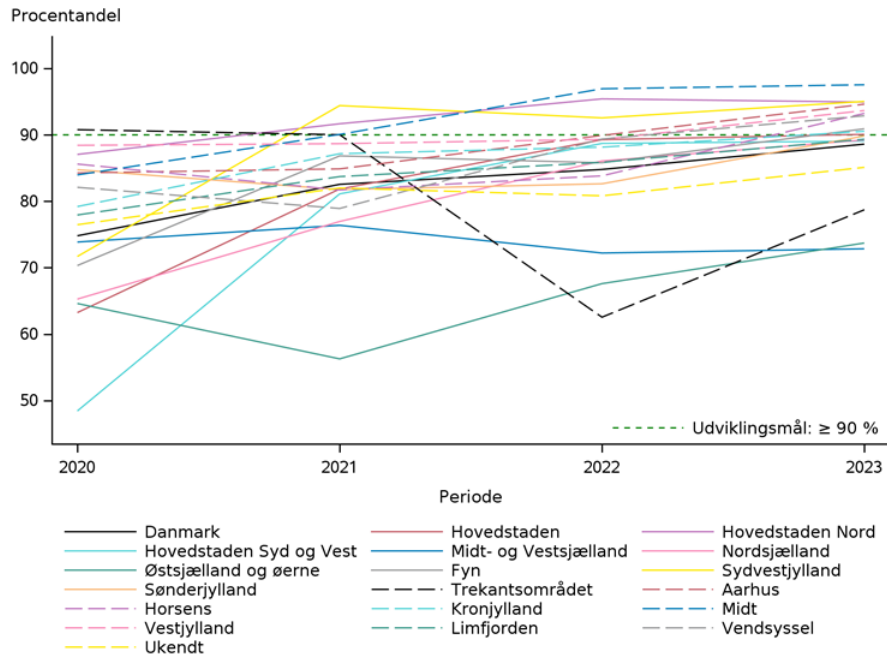
	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2022		2021
						Antal	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	13.097 / 14.782	0 (0)	88,6	(88,1-89,1)	12.871 / 15.180	84,8	82,5
<b>Østdanmark</b>	Nej	5.515 / 6.480	0 (0)	85,4	(84,5-86,2)	5.570 / 6.634	84,0	77,7
<b>Syddanmark</b>	Nej	3.102 / 3.505	0 (0)	88,5	(87,4-89,5)	2.886 / 3.588	80,4	88,8
<b>Midtjylland</b>	Ja	3.047 / 3.233	0 (0)	94,2	(93,4-95,0)	2.957 / 3.281	90,1	86,6
<b>Nordjylland</b>	Ja	1.353 / 1.490	0 (0)	90,8	(89,2-92,2)	1.399 / 1.604	87,2	81,9
<b>Østdanmark</b>	Nej	5.515 / 6.480	0 (0)	85,4	(84,5-86,2)	5.570 / 6.634	84,0	77,7
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.497 / 1.682	0 (0)	90,1	(88,5-91,5)	1.572 / 1.761	89,3	81,8
<b>Hovedstaden Nord</b>	Ja	937 / 987	0 (0)	94,9	(93,4-96,2)	936 / 981	95,4	91,7
<b>Hovedstaden Syd og Vest</b>	Nej	838 / 941	0 (0)	89,1	(86,9-91,0)	919 / 1.036	88,7	81,1
<b>Midt- og Vestsjælland</b>	Nej	676 / 928	0 (0)	72,8	(69,9-75,7)	647 / 896	72,2	76,4
<b>Nordsjælland</b>	Nej	779 / 873	0 (0)	89,2	(87,0-91,2)	797 / 926	86,1	77,0
<b>Østsjælland og øerne</b>	Nej	788 / 1.089	0 (0)	73,7	(71,0-76,3)	699 / 1.034	67,6	56,3
<b>Syddanmark</b>	Nej	3.102 / 3.505	0 (0)	88,5	(87,4-89,5)	2.886 / 3.588	80,4	88,8
<b>Fyn</b>	Ja	730 / 803	0 (0)	90,9	(88,7-92,8)	787 / 894	85,8	86,8
<b>Sydvestjylland</b>	Ja	1.014 / 1.067	0 (0)	95,0	(93,6-96,3)	957 / 1.034	92,6	94,4
<b>Sønderjylland</b>	Nej	574 / 639	0 (0)	89,8	(87,2-92,1)	509 / 616	82,6	81,8
<b>Trekantsområdet</b>	Nej	784 / 996	0 (0)	78,7	(76,0-81,2)	653 / 1.044	62,5	90,0
<b>Midtjylland</b>	Ja	3.047 / 3.233	0 (0)	94,2	(93,4-95,0)	2.957 / 3.281	90,1	86,6
<b>Aarhus</b>	Ja	580 / 613	0 (0)	94,6	(92,5-96,3)	526 / 585	89,9	84,9
<b>Horsens</b>	Ja	565 / 606	0 (0)	93,2	(90,9-95,1)	565 / 674	83,8	81,7
<b>Konjylland</b>	Ja	411 / 454	0 (0)	90,5	(87,5-93,1)	357 / 405	88,1	87,2
<b>Midt</b>	Ja	753 / 772	0 (0)	97,5	(96,2-98,5)	823 / 849	96,9	90,1
<b>Vestjylland</b>	Ja	738 / 788	0 (0)	93,7	(91,7-95,3)	686 / 768	89,3	88,7
<b>Nordjylland</b>	Ja	1.353 / 1.490	0 (0)	90,8	(89,2-92,2)	1.399 / 1.604	87,2	81,9
<b>Limfjorden</b>	Nej	780 / 873	0 (0)	89,3	(87,1-91,3)	844 / 983	85,9	83,7
<b>Vendssyssel</b>	Ja	573 / 617	0 (0)	92,9	(90,5-94,8)	555 / 621	89,4	78,9
<b>Øvrige</b>								
<b>Ukendt</b>	Nej	80 / 94	0 (0)	85,1	(76,3-91,6)	59 / 73	80,8	82,0

Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom

DrKOL



# Andel af ambulante patienter med KOL, som har fået målt og registreret FEV1 og FVC mindst én gang om året





rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

7 år



# Det har vi nået ...

- der er lavet en model for understøttelse af kliniske retningslinjer fra faglige grupper
- årsrapporterne har mere tydelige anbefalinger fra den nationale audit
- der kommer daglige data til regionernes ledelsesinformationssystemer med databasernes indikatorer, så der kan følges op
- der er patient og ledelsesrepræsentation på vej i databasernes styregrupperne, som også er tværfaglige
- databaser er nedlagt og nye oprettet
- indikatorerne er fornyet, antallet er slanket og de flytter sig fra standarder til udviklingsmål
- registreringsbyrden er mindske betragteligt ved forskellige tiltag
- der er et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem regioner, de faglige miljøer og RKKP



# TAK!

- RKKPs bestyrelse
- RKKPs faglige råd
- Databasernes styregrupper
- DMCGernes retningslinjeudvalg
- Forfattergrupperne
- Patienter, klinikere, kvalitetsmedarbejdere og ledelser
- Og ikke mindst medarbejderne i RKKP

på gensyn i  
**SUNDHEDSVÆESENETS**  
**KVALITETSINSTITUT**  
til en ny og spædende  
udvikling

**SUNDHEDSVÆSENETS  
KVALITETSINSTITUT  
Konference  
D. 29.-30. oktober 2025**