

# **Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser**

**Manual for arbejdsprocessen  
i indikatorgrupperne**

**Det Koordinerende Sekretariat  
Juni 2004**

# Indholdfortegnelse

1. Indledning .....	3
1.1 Formål .....	3
1.2 Overordnede mål .....	3
1.3 Projektets fokus.....	3
1.4 Udvikling af faglige kvalitetsmål og indikatorer.....	4
1.5 Feedback.....	4
1.6 Klinisk audit .....	5
1.7 Offentliggørelse .....	5
1.8 Projekt organisation.....	5
2. Indikatorgrupperne .....	6
2.1 Sammensætning af indikatorgrupperne .....	6
2.1 Formandsskab.....	6
2.2 Det Koordinerende Sekretariat.....	7
2.3 Forpligtigelser for medlemmer af indikatorgruppen.....	7
3. Arbejdsprocessen i indikatorgrupperne .....	7
3.1 Forberedende formandsmøde: 1. fase.....	8
3.2 1. møde i indikatorgruppen: udvælgelse af foreløbige indikatorsæt: 2. fase..	9
3.3 Dokumentalistgennemgang og evidensgradering af indikatorer: 3. fase.....	9
3.4 2. møde i indikatorgruppen: rating, prognostiske faktorer, datadefinition-er: 4. fase.....	10
3.5 Færdiggørelse af datadefinitioner og indberetningskemaer: 5. fase.....	11
3.6 Testfase: dataindsamling og indberetning, datakvalitetssikringsaudit: 6. fase .....	11
3.7 Høringsfase: 7. fase .....	12
3.8 3. møde i indikatorgruppen: justering af indikatorsæt, implementering: 8. fase .....	12
4. Bilag 1 .....	14

# 1. Indledning

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev etableret i år 2000 med henblik på overvågning og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. NIP blev iværksat som et landsdækkende projekt på baggrund af økonomiaftalen mellem regeringen, amterne og H:S, og projektet blev endelig vedtaget på et interamtsmøde i marts 2000 med deltagelse af alle amter og H:S.

I perioden 2000 – 2003 er der udarbejdet og implementeret sygdomsspecifikke, evidensbaserede indikatorsæt indenfor seks sygdomsområder. Der er gennemført national og amtslig auditering af resultaterne. Fra primo 2004 er der offentliggjort resultater på amternes Sundhedsportal vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet i relation til de seks sygdomsområder på lands-, amts- og afdelingsniveau.

I løbet af 2004 har projektet således gennemført samtlige faser (udvikling af indikatorsæt, implementering, auditering og offentliggørelse).

## 1.1 Formål

Formålet med Det Nationale Indikatorprojekt er at sikre et fælles grundlag og en fælles metode til måling og forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen med henblik på dokumentation af kvaliteten og kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets ydelser til gavn for patienterne.

## 1.2 Overordnede mål

Projektets overordnede mål er, at

1. dokumentere og udvikle udvikle den sundhedsfaglige kvalitet ved hjælp af sygdomsspecifikke standarder og indikatorer for de sundhedsfaglige kerneydelser.
2. skabe et kvalificeret grundlag for dialog for faglig, ledelsesmæssig og politisk prioritering.
3. skabe indsigt for borgerne om den sundhedsfaglige kvalitet.

## 1.3 Projektets fokus

Projektets fokus er dokumentation, overvågning og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. De elementer, der indgår heri er:

- Definition af sygdomsområde.
- Fastlæggelse af standarder, indikatorer og prognostiske faktorer (indikatorsæt).
- Test- og høringsfase.
- Implementering.
- Dataindsamling, dataanalyse og feedback.
- Klinisk auditering og tiltag til kvalitetsforbedring.

- Offentliggørelse

## **1.4 Udvikling af faglige kvalitetsmål og indikatorer**

Sygdomsområderne i NIP prioriteres på grundlag af hyppighed, alvorlighed og sværhedsgrad, klinisk interventionsgrad, forekomst af uafklarede variationer i behandling og/eller brug af ressourcer.

Når der er foretaget prioritering af de relevante sygdomsområder, som skal overvåges, fastlægges kvalitetsmål for god klinisk praksis og gode kliniske resultater. Kvalitetsmålene fastsættes på grundlag af den videnskabelige litteratur for at sikre den højeste evidens. Såfremt der ikke findes videnskabelig evidens, og den kliniske problemstilling i relation til sygdomsområdet er meget betydningsfuld, fastsættes kvalitetsmålene på basis af konsensus blandt erfarne og kompetente klinikere.

I relation til kvalitetsmålene udarbejdes sygdomsspecifikke indikatorer til at belyse klinisk praksis, dvs. proces- eller resultatindikatorer, der anvendes til at monitorere graden af målopfyldelse. Der fastlægges i størrelsesorden 5-8 sygdomsspecifikke indikatorer i relation til proces og/eller resultat.

Det er fundamentalt for projektet, at fastsættelse af kvalitetsmål og udvælgelse af indikatorer foretages af fagfolk og foregår efter en klar og gennemskelig proces. Det vil sige det konkrete sundhedspersonale, der i daglig klinisk praksis arbejder med de pågældende sygdomsområder.

Sammenligneligheden af de indsamlede data mellem afdelinger, sygehuse, amter og nationalt sikres ved at identificere relevante prognostiske faktorer, dels som forklarende variable og dels til justering for eventuelle forskelle i patientsammensætningen ("case mix").

Det samlede indikatorsæt (kvalitetsmål, indikatorer, prognostiske faktorer) sendes til høring i alle relevante faglige fora, herunder de videnskabelige selskaber, faglige organisationer, amter og H:S.

Når indikatorsættet er fastlagt, foretages monitorering på grundlag af relevante data i relation det givne sygdomsområde. Det være sig data fra kliniske databaser, patientjournaler, centrale registre eller ad hoc tilvejebragte data.

## **1.5 Feedback**

De dataindberettende afdelinger modtager tidstro, månedsvise standardrapporteringer med ujusterede resultater til afdelingens eget brug. Denne feedback indeholder en oversigt over i hvilket omfang, den enkelte afdeling lever op til de fastlagte kvalitetsmål for de enkelte indikatorområder. På denne måde kan afdelingen følge udviklingen af egne resultater over tid.

Udover den månedsvise feedback til de enkelte afdelinger, udarbejdes der hel- eller halvårligt en samlet opgørelse og analyse af data. Denne opgørelse indeholder justerede resultater, på baggrund af de prognostiske faktorer, og kan bruges til sammenligning på tværs af afdelinger, sygehuse og amter.

## **1.6 Klinisk audit**

På baggrund af ovennævnte hel-/halvårsrapporter gennemføres der klinisk audit med fastlagte tidsintervaller på nationalt og amtsligt niveau som led i vurdering og fortolkning af data. Klinisk audit har til formål at belyse og konkretisere resultaterne i relation til de sygdomsspecifikke kvalitetsmål og indikatorer og tilvejebringe en specificeret faglig fortolkning af statistiske data samt kvalitetsvurdering i forbindelse med kritiske hændelser. (Denne proces beskrives i en specificeret auditeringsmanual).

## **1.7 Offentliggørelse**

Efter den faglige analyse-, fortolknings- og vurderingsproces offentliggøres resultater på lands-, amts- og afdelingsniveau. Offentliggørelsen er web-baseret og foregår via Sundhedsportalen. Resultaterne suppleres med fagpersonernes kommentarer, udarbejdet i forbindelse med den kliniske audit.

## **1.8 Projekt organisation**

NIP's organisation omfatter Styregruppen, Det Koordinerende Sekretariat, tilknyttede kliniske epidemiologiske enheder og indikatorgrupperne for de enkelte områder. Desuden er der med henblik på at varetage den konkrete implementeringsopgave regionalt og lokalt udpeget en amtslig kontaktperson samt NIP-ansvarlige kontaktpersoner i de dataindberettende afdelinger.

*Styregruppen* udgøres af repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, amterne og H:S, sundhedsministeriet, sundhedsstyrelsen, Den Almindelige Danske Lægeforening og Dansk Sygeplejeråd. Styregruppen varetager den overordnede styring og koordinering af NIP.

*Det Koordinerende Sekretariat* varetager sekretariatsfunktionen i NIP og har til opgave at lede og koordinere alle arbejdsopgaver, at sikre løbende formidling af information om projektet samt udarbejde og fastlægge tidsplaner i relation til alle aktiviteter i projektet. Cheflægen har det samlede overordnede ansvar for projektet.

*Indikatorgrupperne* har til opgave at udarbejde faglige kvalitetsmål og indikatorer i relation til sundhedsvæsenets kerneydelser for specifikke sygdomsområder. Endvidere skal indikatorgrupperne fastlægge datasæt i samarbejde med de kliniske epidemiologer og endelig foretage analyse, fortolkning og vurdering af nationale resultater (klinisk audit).

## 2. Indikatorgrupperne

### 2.1 Sammensætning af indikatorgrupperne

De enkelte indikatorgrupper sammensættes tværfagligt i dialog med de videnskabelige selskaber, de sygeplejefaglige sammenslutninger og andre relevante fagområder. Indikatorgrupperne skal således omfatte alle relevante sundhedsprofessioner i relation til et givet sygdomsområde, herunder læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, fodterapeuter og andre. Medlemmerne skal tilsammen afspejle det faglige område, såvel klinisk og videnskabeligt, som på centralsygehus- og universitetssygehus. Endvidere skal ledelsesniveauet på højt niveau (klinikchefniveau, oversygeplejerskeniveau) være repræsenteret i indikatorgruppen ved to medlemmer med henblik på at sikre driftsmæssig realisme for det fastlagte indikatorsæt. Sidstnævnte to medlemmer udpeges af styregruppen.

Tværgående specialer som eksempelvis anæstesi, radiologi, klinisk kemi, diætik og patologi kan tilknyttes indikatorgruppen ad hoc i det omfang, det skønnes nødvendig.

### 2.1 Formandsskab

Der udpeges et formandskab for hver indikatorgruppe. Formandskabet udpeges af Styregruppen i dialog med det pågældende videnskabelige selskab og de faglige sammenslutninger, der indstiller kandidater til de respektive poster i indikatorgruppen. Udvælgelsen foretages på grundlag af de indstillede medlemmers curriculum vitae. Det optimale antal medlemmer i indikatorgruppen forventes at være i størrelsesorden 9-15, formandskabet inklusive.

Formandsskabet for indikatorgrupperne har til opgave at:

- bistå og i dialog med projektlederen og Styregruppen at drøfte og udvælge sammensætning af indikatorgruppen.
- have en løbende kontakt til de videnskabelige selskaber og faglige sammenslutninger med henblik på, at holde dem orienteret om forløbet, samt at sikre deres medejerskab af projektet
- bistå og i dialog med projektlederen udarbejde tidsplaner og projektplaner
- at bistå og i dialog med projektlederen medvirke til at sikre, at der arbejdes ud fra den fastlagte manual.

Formandsskabet for indikatorgrupperne udøver formandsopgaven i et tæt samarbejde med projektlederen. Projektlederen forventes sammen med den sundhedsfaglige proceskonsulent at fungere som facilitator på indikatorgruppernes møder.

## **2.2 Det Koordinerende Sekretariat**

Hver indikatorgruppe assisteres ad hoc af en stab bestående af projektlederen, en sundhedsfaglig proceskonsulent, en dokumentalist og en klinisk epidemiolog.

*Projektlederen* har det overordnede ansvar for det organisatoriske forløb i indikatorgruppen.

*Den sundhedsfaglige proceskonsulent* fungerer som faglig facilitator for indikatorgruppens arbejde samt som akademisk sekretær. Projektlederen og den sundhedsfaglige proceskonsulent har herudover til opgave at forestå, at gruppens arbejdsproces foregår stringent som en forudsætning for, at arbejdet er evidensbaseret og reproducerbart.

*Dokumentalisten* har ansvar for at tilvejebringe og gennemgå al relevant litteratur, herunder evidensgradere denne i samarbejde med indikatorgruppens medlemmer. Indikatorgruppens medlemmer har hér ansvaret for at sikre kvalitetsmålenes og indikatorernes faglige indhold, og dokumentalisten skal sikre den metodiske stringens ved evidensgraderingen. Udpegning af dokumentalist foretages af formandskabet i samspil med projektlederen.

*Den kliniske epidemiolog* har ansvar for klinisk epidemiologisk rådgivning, tilrettelæggelse af den klinisk epidemiologiske opgave, dataindsamling og dataanalyse samt fortolkning af data i projektet.

Det Koordinerende Sekretariat er sekretariat for indikatorgrupperne.

## **2.3 Forpligtigelser for medlemmer af indikatorgruppen**

De enkelte indikatorgruppemedlemmer tilknyttes projektet gennem en forpligtigende samarbejdsaftale, der endvidere sikrer frikøb af indikatorgruppens medlemmer i forbindelse med indikatorgruppemøderne. Desuden skal der for medlemmerne forventes tid til forberedelse, læsning m.m. forud og efter møderne.

Det præciseres over for indikatorgruppens medlemmer, at der er mødepligt i forbindelse med gruppens møder, samt at der ydes kompensation for arbejdet. Det konkrete arbejde præciseres, og forventninger til medlemmerne klargøres.

## **3. Arbejdsprocessen i indikatorgrupperne**

I relation til indikatorgruppens arbejde er der to grundlæggende principper:

1. Fagpersoner udarbejder kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer på grundlag af højeste evidens.
2. Fagpersoner fortolker og vurderer resultater inden offentliggørelse (klinisk audit).

Arbejdsprocessen i indikatorgrupperne omfatter 11 faser, der er skitseret nedenfor.

1. fase Forberedende formandsmøde
2. fase 1. møde i indikatorgruppen: udvælgelse af foreløbige indikatorsæt
3. fase Dokumentalistgennemgang og evidensgradering af indikatorer
4. fase 2. møde i indikatorgruppen: rating, prognostiske faktorer, datadefinitioner
5. fase Færdiggørelse af datadefinitioner og indberetningskemaer
6. fase Testfase: dataindsamling og indberetning, datakvalitetssikringsaudit
7. fase Høringsfase
8. fase 3. møde i indikatorgruppen: justering af indikatorsæt, implementering
9. fase Landsdækkende implementering
10. fase Klinisk auditering på nationalt og lokalt niveau
11. fase Offentliggørelse

Denne manual belyser faserne 1-8.

Nedenfor beskrives de konkrete arbejdsopgaver i relation til de enkelte faser.

#### *Tidsplan*

Tidsplanen afhænger af hvilket sygdomsområde, der skal belyses, herunder hvilket arbejde, der i forvejen er iværksat på området, samt hvilken erfaring indikatorgruppens medlemmer har. Et "standardforløb" er skitseret i bilag 1 og antages at strække sig over ca. 20 uger for faserne 1-8.

### **3.1 Forberedende formandsmøde: 1. fase**

#### *Deltagere*

Formandsskabet for indikatorgruppen, projektlederen, den sundhedsfaglige proceskonsulent, klinisk epidemiolog og dokumentalist.

#### *Forberedelse*

Projektlederen indkalder til et forberedende planlægningsmøde, hvor den konkrete arbejdsproces og tidsplan for det videre arbejde fastlægges.

#### *Det konkrete arbejde*

- At introducere Det Nationale Indikatorprojekt for formandskabet.
- At klarlægge potentielle indikatorer, standarder og prognostiske faktorer på grundlag af forslag fra formandskabet.
- At klarlægge mulige kilder til indikatorudvikling på det pågældende område (fx National Quality Measures Clearinghouse, The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Joint Commission, Clinical Evidence og danske kvalitetsdatabaser).
- At definere sygdomsområdet.
- At klarlægge inklusionskriterier i relation til sygdomsområdet.
- At planlægge arbejdet i indikatorgruppen, herunder præcisere opgavefordeling

- og kompetence i gruppen.
- At fastlægge dokumentalistfunktionen.
  - At fastlægge funktion for klinisk epidemiolog.
  - At fastlægge tidsplan for indikatorgruppens arbejde.

*Varighed*

1 arbejdsdag.

### **3.2 1. møde i indikatorgruppen: udvælgelse af foreløbige indicatorsæt: 2. fase**

*Deltagere*

Indikatorgruppen, dokumentalist, klinisk epidemiolog, projektlederen og den sundhedsfaglige proceskonsulent.

*Forberedelse*

Projektlederen indkalder efter aftale med formandskabet indikatorgruppen til fase 2.

*Det konkrete arbejde*

På det første møde skal indikatorgruppen gennemgå følgende:

- Introduktion til Det Nationale Indikatorprojekt.
- Definere sygdomsområdet.
- Fastlægge inklusionskriterier.
- Udvalge foreløbige indikatorer, standarder og prognostiske faktorer.
- Karakterisere (prævalens, incidens) den relevante patientpopulation i samarbejde med den kliniske epidemiologiske ekspertise.
- Beskrive potentielle klinisk epidemiologiske analyser på grundlag af det foreløbige indicatorsæt.
- Beskrive patientforløb.
- Beskrive dataindberettende enheder (afsnits- og afdelingstyper).

Herudover skal de kommende arbejdsopgaver i indikatorgruppen organiseres og uddelegeres ud fra den fastlagte tidsplan.

Indikatorgruppemedlemmernes ansvar for specifikke indikatorer aftales med henblik på det kommende samarbejde med dokumentalisten.

Desuden skal der udvælges 4 testafdelinger blandt indikatorgruppens medlemmer.

*Varighed*

1 arbejdsdag.

### **3.3 Dokumentalistgennemgang og evidensgradering af indikatorer: 3. fase**

*Deltagere*

Dokumentalist, indikatorgruppens medlemmer og klinisk epidemiolog

#### *Forberedelse*

Det Koordinerende Sekretariat (dokumentalist, projektleder og sundhedsfaglig proceskonsulent) tilvejebringer, på baggrund af beslutninger fra 2. fase, relevant litteratur til den foreliggende opgave.

#### *Det konkrete arbejde*

Dokumentalisten gennemgår den relevante litteratur og udarbejder i tæt samarbejde med indikatorgruppemedlemmerne:

- Skriftligt evidensgraderet litteraturoversigt for specifikke indikatorer og standarder.

Den kliniske epidemiolog udarbejder i samarbejde med dokumentalisten:

- Skriftligt evidensgraderet litteraturoversigt for potentielle prognostiske faktorer.

Principperne for evidensbaseret litteraturgradering er skitseret nedenfor.

---

Kvalitetsmål	Evidens-gradering	Funktion	Indikator	Type	Standard
Patienter med akut apopleksi skal indlægges en apopleksienhed senest 2. indlæggelsesdøgn	A	Behandling	Andel patienter, der indlægges i en apopleksienhed	Proces	Mindst 90% med akut apopleksi indlægges i en apopleksienhed

---

#### *Varighed*

6 uger.

### **3.4 2. møde i indikatorgruppen: rating, prognostiske faktorer, datadefinitioner: 4. fase**

#### *Deltagere*

Indikatorgruppen, dokumentalist, klinisk epidemiolog, projektlederen, den sundhedsfaglige proceskonsulent og projektets IT-ansvarlige.

#### *Det konkrete arbejde*

På grundlag af dokumentalistens og indikatorgruppemedlemmernes arbejde foretages:

- "Rating" af faglige evidensbaserede indikatorer og standarder i relation til det pågældende sygdomsområde med henblik på endeligt valg af indikatorer og standarder.
- Præcisering af "tæller / nævner" i relation de enkelte indikatorer.

På grundlag af epidemiologens arbejde og oplæg foretages:

- Udpegning af prognostiske faktorer i relation til det endelige indikatorsæt.
- Udarbejdelse af datadefinitioner i relation til indikatorsættet (indikatorer, prognostiske faktorer, andre relevante variable der skal indgå i dataindsamlingen).
- Udarbejdelse af udkast til elektronisk registreringsskema.

*Varighed*

2 dages internat.

### **3.5 Færdiggørelse af datadefinitioner og indberetningskemaer: 5. fase**

*Deltagere*

Den kliniske epidemiolog, dokumentalisten den sundhedsfaglige proceskonsulent, projektets IT-ansvarlige og formandskabet for indikatorgruppen.

*Det konkrete arbejde*

På baggrund af indikatorgruppens 2. møde udarbejdes:

- Elektronisk registreringsskema med feltvalideringer og grænseværdier.
- Registreringsskema i papirformat.
- Specifikke datadefinitioner i relation til hvert dataitem på registreringsskemaet.
- IT-vejledning vedrørende udtrækning af data.

De konkrete produkter godkendes af formandskabet for indikatorgruppen.

*Varighed*

4 uger.

### **3.6 Testfase: dataindsamling og indberetning, datakvalitetssikringsaudit: 6. fase**

*Deltagere*

4 testafdelinger udvalgt blandt indikatorgruppens medlemmer, Det Koordinerende Sekretariat. Testafdelingerne skal være fordelt i relation til centralsygehusniveau og universitetshospitalsniveau samt geografisk spredning.

*Forberedelse*

Testafdelingerne introduceres i løbet af 5. fase til den kommende testperiode, herunder undervisning i den konkrete patientidentifikation, dataindsamling og dataindberetning. Der udvælges, udover indikatorgruppens medlem, 2 – 3 NIP-ansvarlige kontaktpersoner til tovholderfunktionen på det konkrete arbejde.

*Det konkrete arbejde*

Der foretages i løbet af testfasen:

- Afprøvning af logistik og organisation.

- Afprøvning af patientidentifikation ud fra de opstillede inklusionskriterier.
- Afprøvning af dataindsamling.
- Afprøvning af dataindberetning.
- Afprøvning af databasekomplethedsvurdering.
- Datakvalitetssikringsaudit.

For testafdeling udarbejder Det Koordinerende Sekretariat en rapport med erfaringer og anbefalinger, som sammen med høringssvarene efterfølgende danner udgangspunkt for 8. fase.

*Varighed*

4 uger.

### **3.7 Høringsfase: 7. fase**

Efter 6. fase sendes det samlede indicatorsæt til høring i alle relevante faglige fora, herunder de videnskabelige selskaber, faglige sammenslutninger, faglige organisationer, amter og H:S.

Høringsprocessen skal sikre, at alle relevante parter har mulighed for at foreslå relevante justeringer og præciseringer før national implementering.

Det Koordinerende Sekretariat varetager høringsprocessen.

*Varighed*

1 måned, sideløbende med 6. fase.

### **3.8 3. møde i indikatorgruppen: justering af indicatorsæt, implementering: 8. fase**

*Deltagere*

Indikatorgruppen, dokumentalist, klinisk epidemiolog, projektlederen, den sundhedsfaglige proceskonsulent og IT-ansvarlige.

*Forberedelse*

Hørings svar og rapport fra testafdelingerne fremsendes til indikatorgruppens medlemmer og danner udgangspunkt for 3. møde.

*Det konkrete arbejde*

Indikatorgruppen foretager:

- Evaluering og justering af det samlede indicatorsæt.
- Præcisering af inklusionskriterer og inklusionsdiagnoser.
- Præcisering af datadefinitioner.
- Planlægning af den nationale implementeringsfase.

Desuden foretages:

- Tilretning af IT-registreringsskema.

*Varighed*

1 arbejdsdag.

## 4. Bilag 1

### Tidsforløb for udvikling og implementering af indikatorsæt

