

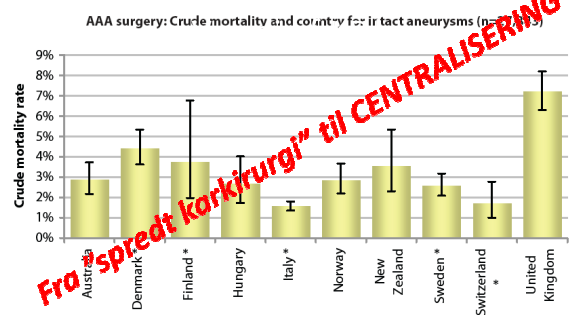
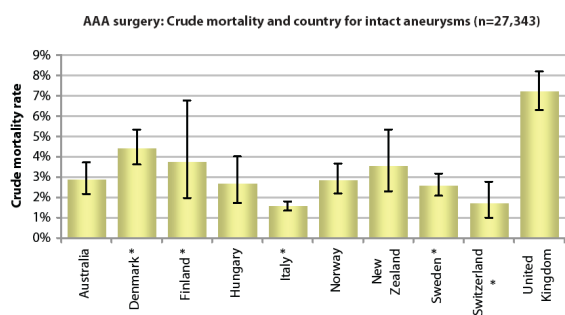
LægeVidenskabelige Selskaber og kliniske kvalitetsdatabaser

Henrik Sillesen, Klinikchef, professor
Karkirurgisk Klinik, Rigshospitalet
Medlem af LVS bestyrelse

Kvalitetsovervågning

- Kliniske databaser er typisk opstået "nedefra", er monofaglige og indeholder kliniske måleresultater (behandlingsresultater som udtryk for kvalitet) = ejerskab hos klinikere
- Andre databaser (NIP m.v.) er kommet "ovenfra", er ofte multidisciplinære, og baseret på indikatorer (som udtryk for kvalitet) = mindre ejerskab
- Procesindikatorer KAN være relevante for kvaliteten, er det ofte ikke, og er derfor IKKE det samme som klinisk kvalitetsmål – ringe ejerskab

Værdi af KD!



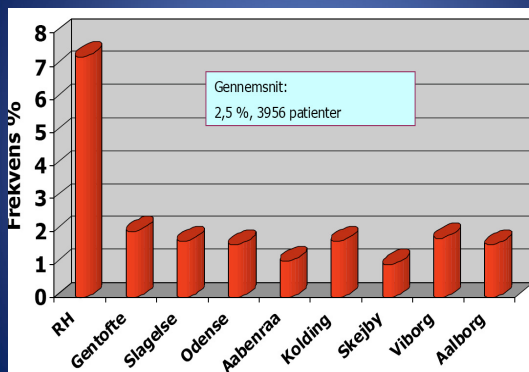
London: Fra 15 til 3 sygehuse der udfører karkirurgisk behandling

LVS mener

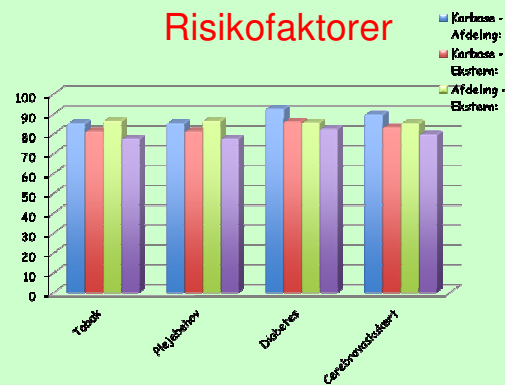
- "Valide" kliniske databaser (KD) er vigtige redskaber i kvalitetsovervågningen
- KD skal finansieres når de er valide og anvendes systematisk (bruges af "alle" relevante afdelinger til "alle" de omfattede patienter)
- Valide KD skal (og andre kvalitetsindikatorer) indeholdes i og erstatte mindre valide kvalitets- og proces-mål i DDKM
- KD skal udvikles hvor det er muligt og relevant
- Valide KD skal sikres ressourcer til udvikling og udarbejdelse af relevante rapporter rettidigt
- KD skal sikres ressourcer også til forskningsmæssig brug – gensidigt partnerskab

"Valide" databaser

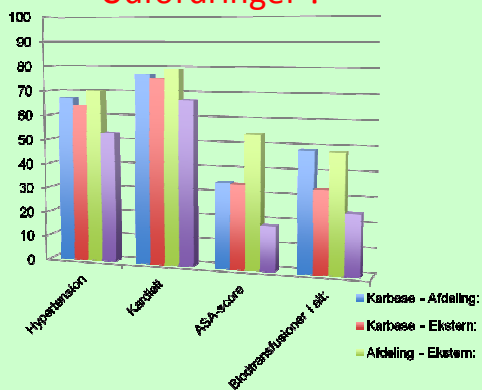
Dybe sårinfektioner 2002-2007



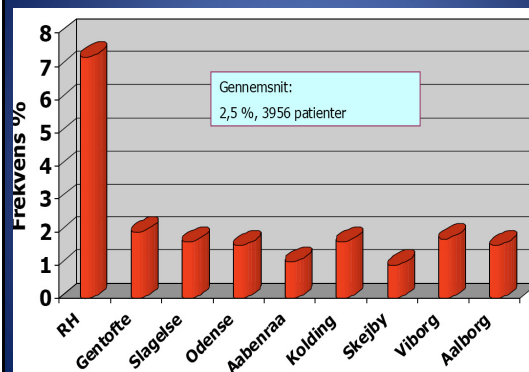
Risikofaktorer



Udfordringer ?



Sårinfektioner 2002-2007



Sårinfektioner / afdelinger

	KA	KE	AE
Fredericia og Kolding Sygehuse	0.81	0.71	0.81
Aalborg Sygehus	0.79	0.85	0.85
Gentofte Hospital	0.79	0.73	0.85
Sygehus Vestsjælland	0.74	0.81	0.84
Regionshospitalet Viborg	0.85	0.79	0.79
Rigshospitalet	0.71	0.55	0.74
Århus Universitetshospital, Skejby	0.81	0.71	0.87
Odense Universitetshospital	0.85	0.79	0.79

Dødelighed efter RAAA

	Karkirurg	Alm. kirurg
Antal operationer.	82	51
Døde(%)	61%	69% NS
Antal indlagte	92	141
Opererede	89%	36% P<.001

Basnyat PS et al. Br J Surg 1999;86:765-70

Dødelighed efter RAAA

	Karkirurg	Alm. kirurg
Antal operationer.	82	51
Døde(%)	61%	69% NS
Antal indlagte	92	141
Opererede	89%	36% P<.001



Basnyat PS et al. Br J Surg 1999;86:765-70

Data validitet

1. Datakvaliteten skal dokumenteres for de enkelte kliniske databaser.
2. Fortolkning af selv valide data kræver indgående klinisk erfaring.
3. Datavaliditet og fortolkning bør prioriteres så kvalitetsindikatorernes værdi til kvalitetssikring fremmes.
4. HVIS KVALITETSSIKRING EFTERSPØRGES SKAL KLINIKERE VÆRE INVOLVEREDE OG ENGAGEREDE



KD og læger ...

- Klinikere, der ønsker at kende resultatet af deres indsats (kvalitet/outcome), vil gerne levere data til KD
- Klinikere vil også gerne bruge tid/ressourcer på at sikre data-ind - især når dette er smidiggjort
- Klinikere der sikrer data til KD vil gerne have relevante rapporter rettidigt
- Forskningsbrug af KD stimulerer indsatsen med database-input og vedligehold

KD og læger ...

- Klinikere mister interessen for at sikre data-ind, hvis der ikke kommer noget ud af indsatsen (rettidige, meningsfyldte rapporter m.v.)
- Klinikere mister interessen for KD hvis der skæres i (for klinikerne) meningsfyldt dataindhold.

KD og forskning

- Kliniske databaser kan være særdeles velegnede til forskning, men det forudsætter:
 - Data kvalitet
 - Data adgang
 - Brugere skal have adgang til datagranskning uden centralt bureaukrati (evt. kun styret af bestyrelse for databasen mht sikring af forskningskvaliteten)
 - Ressourcer til databaseforskning

KD og styring

- KD skal selvfølgelig styres og de driftsansvarlige, Danske Regioner, har RKKP
- Medfører ANSVAR
- Danske Regioner skal være taknemmelige for den (gratis) indsats der leveres og sikre dens fortsættelse, hvis den ønsker meningsfyldt kvalitetssikring
- Danske Regioner skal efterspørge data og fortolkning af disse fra KD (meget uensartet)
- Giv noget tilbage til klinikerne: gode, rettidige rapporter og støtte til brug af databaserne (forskning)

KD og EPJ

- Siden oprettelsen af de fleste KD m.v. er EPJ rykket nærmere og sammenkørsel/inklusion/datafangst må være vejen frem
- Danske Regioner må som ejere af EPJ sikre inklusion af KD/samkørsel af ens data så driften af KD lettes fremover, datakompletheden nemmere sikres og regulær kvalitetssikring af danske sundhedsydelser kommer i højsædet.

LVS mener

- "Valide" kliniske databaser (KD) er vigtige redskaber i kvalitetsovervågningen
- KD skal finansieres når de er valide og anvendes systematisk (bruges af "alle" relevante afdelinger til "alle" de omfattede patienter)
- Valide KD skal (og andre kvalitetsindikatorer) indeholdes i og erstatte mindre valide kvalitets- og proces-mål i DDKM
- KD skal udvikles hvor det er muligt og relevant
- Valide KD skal sikres ressourcer til udarbejdelse af relevante rapporter rettidigt
- KD skal sikres ressourcer også til forskningsmæssig brug – gensidigt partnerskab