

# **Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering**

Metoderapport, september 2021.



### **Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering**

Metoderapport, september 2021.

©DEFACTUM, Region Midtjylland, september 2021

Emneord: Kvalitetsmonitorering, kommuner, forebyggelsestilbud

Sprog: Dansk

Version: 1.0.

Versionsdato: 30. september 2021

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, september 2021

Rapporten er udarbejdet af:

Marie Louise Overgaard Svendsen, forsker, konsulent

Tina Veje Andersen, sundhedsfaglig konsulent

Hanne Søndergaard, faglig leder, seniorkonsulent

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Svendsen MLO, Andersen TV, Søndergaard H

Titel: Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - metoderapport, september 2021.

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2021

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Hanne Søndergaard

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: [defactum@rm.dk](mailto:defactum@rm.dk)

Hjemmeside: <http://www.defactum.dk/>

Rapporten kan downloades fra [www.defactum.dk](http://www.defactum.dk).

# Indholdsfortegnelse

\_Toc83892706

<b>1</b>	Resumé .....	4
<b>2</b>	Introduktion.....	6
2.1	Projektets formål og afrapportering .....	6
2.2	Projektets rammer .....	6
2.3	Rapportens baggrund og formål .....	7
<b>3</b>	Muligheder og begrænsninger (formål 1) .....	8
3.1	Generel metodebeskrivelse .....	8
3.2	Praktisk gennemførelse.....	8
3.3	Opmærksomhedspunkter .....	9
<b>4</b>	Beslutningsgrundlag (formål 2) .....	11
4.1	Generel metodebeskrivelse .....	11
4.2	Praktisk gennemførelse.....	13
4.2.1	Projektets overordnede metodedesign .....	13
4.2.2	Fagligt ekspertpanel: den faglige følgegruppe .....	15
4.2.3	Definition af den faglige afgrænsning.....	17
4.2.4	Identifikation og udvælgelse af kliniske retningslinjer .....	18
4.2.5	Udvælgelse af indikatorer (indikatorområder) .....	19
4.3	Opmærksomhedspunkter .....	21
<b>5</b>	Fremtidig proces.....	22
5.1	Udvælgelse af indikatorer (specifikke indikatorer) .....	23
5.2	Afprøvning af indikatorer.....	27
5.3	Implementering .....	28
5.4	Øvrige aspekter .....	29
<b>6</b>	Konklusion.....	31
<b>7</b>	Referenceliste .....	33

# 1 Resumé

Projektet "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" bliver afrapporteret i følgende tre rapporter:

- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021
- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - metoderapport, september 2021
- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - bilagsrapport, september 2021

Denne metoderapport har til formål at dokumentere de anvendte metoder og beskrive praktisk gennemførelse af projektet som inspiration til andre projekter inden for udvikling af kvalitetsmonitorering.

Projekt "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" havde to formål:

1. At kortlægge muligheder og begrænsninger for at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i de krav, som stilles i bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser
2. At udarbejde et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i ovenstående kortlægning

Projektets kortlægning af formål 1 dannede baggrund for, at KL efterfølgende varetog en beskrivelse af organisering og lovgrundlag for dataindsamling i relation til KL's kommende gateway.

Projektets kortlægning af formål 2 havde fokus på det faglige indhold i en potentiel fremtidig dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering samt på konsensus anbefalinger fra en faglig følgegruppe.

## *Metode og praktisk gennemførelse af projektet*

Projektet blev organiseret, så der fra projektets start blev skabt sammenhæng mellem den kommunale praksis, det politisk administrative niveau, og infrastrukturen omkring de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser. Projektets design og den daglige ledelse af projektet blev varetaget af metodekonsulenter i DEFACTUM med ekspertise i kvalitetsmonitorering og kommunal rehabilitering.

Der blev gennemført en interessant analyse ved projektets begyndelse for at identificere videnspersoner til projektet samt pege på relevante medlemmer i den faglige følgegruppe. Den faglige følgegruppe blev etableret som en ekspertgruppe, der skulle sikre det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen og relevans for den kommunale praksis samt opbakning fra vigtige interessenter og faglige miljøer.

Kortlægning af formål 1 blev gennemført via grå litteratur samt tre interviews med KL, RKKP og Sundhedsdatastyrelsen.

Kortlægning af formål 2, dvs. konsensus anbefalinger fra den faglige følgegruppe, tog udgangspunkt i en metodemodel til udvikling af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer og alternativt eksisterende kvalitetsindikatorer og/eller ekspertkonsensus. Der blev afholdt seks strukturerede møder i den faglige følgegruppe, og konsensus anbefalinger blev etableret via den systematiske konsensus metode RAND/UCLA, surveys og strukturerede gruppedrøftelser.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom blev sidestillet med kliniske retningslinjer i projektet på baggrund af et interview med Sundhedsdatastyrelsen.

I relation til den anvendte metodemodel har dette projekt gennemført følgende trin: 1) Definition af den faglige afgrænsning, 2) Identifikation af kliniske retningslinjer, 3) Udvælgelse af anbefalinger fra de kliniske retningslinjer, og 4a) Udvælgelse af indikatorområder og vurdering af konsensus om udvalgte eksisterende indikatorer (relaterer til trin: Udvælgelse af kvalitetsindikatorer). Projektet har ikke gennemført følgende trin i relation til metodemodellen: 4b) Udvælgelse af kvalitetsindikatorer (specifikke indikatorer), 5) Afprøvning af indikatorer og 6) Implementering.

Via den praktiske gennemførelse af projektet og opmærksomhedspunkter fra litteraturen peger rapporten på, at udvikling af kvalitetsindikatorer kan organiseres forskelligt, men at nedenstående opmærksomhedspunkter er vigtige i processen:

- At beslutning om at udvikle og implementere kvalitetsindikatorer tages på et strategisk niveau
- Samarbejde og gensidig interesse mellem det kliniske og politisk administrative niveau
- Et omhyggeligt organiseret setup med relevante interessenter
- At en dedikeret metodekonsulent i kvalitetsmonitorering leder processen
- En transparent proces, herunder at der er kriterier til at udvælge det kliniske fokus (fx ukendt kvalitetsniveau) og kvalitetsindikatorer (fx evidensniveau, relevans for patienter/borgere og operationaliserbarhed)
- Bred repræsentation af sundhedsfaglige- og metodiske kompetencer i det ekspertpanel, som skal udvælge kvalitetsindikatorer, samt at udvælgelsen foretages ved konsensusbeslutning, fx via systematiske konsensus metoder som Delphi analyse og RAND/UCLA. Det kan være relevant at kortlægge ekspertpanelets eventuelle interessekonflikter
- Tilstedeværelsen af ressourcer som ekspertise, tid, IT-understøttelse og økonomi, herunder kan økonomiske incitamenter facilitere udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer
- Dokumentation og operationaliserbarhed: det gælder blandt andet i forhold til at oversætte teksten fra en klinisk retningslinje eller alternativ kilde til en operationaliserbar kvalitetsindikator, dokumentation af kvalitetsindikatoren (fx evidens og tæller/nævner) samt dokumentation for at understøtte registreringspraksis (fx datadokumentationer og dokumentationsvejledning)
- Strategi for afprøvning og implementering af kvalitetsindikatorerne

## 2 Introduktion

### 2.1 Projektets formål og afrapportering

Projektet "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" havde to formål:

1. At kortlægge muligheder og begrænsninger i forhold til at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i de krav, som stilles i bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser (1)
2. At udarbejde et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i ovenstående kortlægning

Projektets kortlægning af formål 1 dannede baggrund for, at Kommunernes Landsforening (KL) efterfølgende varetog en beskrivelse af organisering og lovgrundlag for dataindsamling i relation til KL's kommende gateway. Denne beskrivelse findes i bilag 5. De anvendte metoder til kortlægning af projektets formål 1 beskrives i afsnit 3.

Projektets kortlægning af formål 2 havde fokus på det faglige indhold i en potentiel fremtidig dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering samt på konsensus anbefalinger fra en faglig følgegruppe. De anvendte metoder til kortlægning af projektets formål 2 bliver beskrevet i afsnit 4. Resultatet af kortlægningen fremgår af rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021".

Projektet bliver afrapporteret i følgende tre rapporter:

- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021
- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - metoderapport, september 2021
- Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - bilagsrapport, september 2021

### 2.2 Projektets rammer

Projektets organisering var en vigtig ramme for projektet, idet der fra projektets begyndelse blev skabt sammenhæng mellem den kommunale praksis, det politisk administrative niveau, og infrastrukturen omkring de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser. Projektets organisering beskrives nærmere i projektets projektinitieringsdokument (PID) (jf. bilag 4).

Projektet blev ligeledes rammesat af KL's præmisser for projektet (jf. bilag 1), projektets succeskriterier og afgrænsning (jf. bilag 2 og 4) samt bekendtgørelse om godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser ved afdækning af formål 1 (1).

En interessentanalyse i starten af projektet satte rammen for at identificere videnspersoner, som kunne bidrage til projektet, og pege på relevante medlemmer i den faglige følgegruppe.

De nærmere detaljer omkring gennemførelse af interessentanalysen er beskrevet i projektets PID (jf. bilag 4).

## 2.3 Rapportens baggrund og formål

Projekt "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" har som et af flere succeskriterier, at projektet er dokumenteret og kan fungere som skabelon for udvikling af kvalitetsmonitorering inden for forskellige områder af den kommunale sundhedsfaglige praksis.

Denne rapport har derfor til formål at dokumentere de anvendte metoder og beskrive praktisk gennemførelse af projektet som inspiration til andre lignende projekter med udvikling af kvalitetsmonitorering.

## 3 Muligheder og begrænsninger (formål 1)

Formål 1 i projektet var at kortlægge muligheder og begrænsninger for at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i de krav, som stilles i bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser.(1)

Denne kortlægning blev afrapporteret i projektets fase 1 i november 2020 og fremgår af bilag 3.

Formålet med afsnit 3 er at beskrive de metoder, som blev anvendt til at afdække projektets formål 1 via en beskrivelse af:

- Generel metodebeskrivelse
- Praktisk gennemførelse af dette projekt
- Opmærksomhedspunkter som eventuel inspiration til andre projekter

Hvis der ønskes yderligere viden om den konkrete anvendelse af metoderne og bidrag til projektet, henvises til afrapporteringen på projektets fase 1 (jf. bilag 3).

### 3.1 Generel metodebeskrivelse

Kortlægningen af muligheder og begrænsninger for at etablere en systematisk dataindsamling med udgangspunkt i bekendtgørelsen blev foretaget via semistrukturerede interviews og gennemgang af grå litteratur.(1)

Der blev gennemført tre semistrukturerede interviews både som et individuelt interview i KL, hvor en enkeltperson blev interviewet, og ved to interviews i henholdsvis regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Sundhedsdatastyrelsen, hvor flere videnspersoner fra den samme organisation blev interviewet samtidig.

I de semistrukturerede interviews støttede interviewerens sig til en interviewguide. Interviewet omhandlede nogle på forhånd givne tematikker og overordnede spørgsmål, men der var plads til at gå i andre retninger. Efter samtykke fra respondenterne blev interviewene optaget på lydfiler, som efterfølgende blev transskriberet og inddelt i temaer. De semistrukturerede interviews tog afsæt i den refererede metodebeskrivelse.(2)

Grå litteratur var upubliceret litteratur på alle niveauer, rapporter, arbejdspapirer mm.

### 3.2 Praktisk gennemførelse

*Semistrukturerede interviews: konkret anvendelse og bidrag*

Nedenfor beskrives, hvordan de enkelte interviews bidrog til de konkrete temaer, som de havde til formål at belyse.



Kliniske kvalitetsdatabaser i en kommunal kontekst: Sundhedsdatastyrelsen er godkendende myndighed for de kliniske kvalitetsdatabaser, og der blev gennemført et interview med Sundhedsdatastyrelsen med henblik på at uddybe kravene i bekendtgørelse af godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser i forhold til en kommunal kontekst.(1, 3) Interviewet bidrog særligt med viden om fx populationsafgrænsning og evidenskrav, som blev en afgørende ramme for det videre arbejde i projektet.

Faglige aspekter: RKKP er en tværregional organisation bygget op omkring de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og danner en central infrastruktur for databaserne.(4) Der blev gennemført et interview med RKKP med fokus på især eksisterende kvalitetsmonitorering i kommunerne i regi af RKKP samt mulighed for genanvendelse af data. Interviewet bidrog særligt med viden om igangværende initiativer og projekter i regi af RKKP relateret til kvalitetsmonitorering med fokus på kommunerne.

Modeller for dataindsamling: I de to interviews med henholdsvis RKKP og Sundhedsdatastyrelsen blev der kortlagt eksempler på dataindsamlinger, som blev startet udenfor bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser, men som siden blev godkendt som en klinisk kvalitetsdatabase indenfor bekendtgørelsen.(1) Interviewene fokuserede særligt på hvilken lovgivning, de alternative datamodeller har arbejdet under, samt organisationernes erfaringer hermed i forhold til relevante punkter i bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsbaser.(1) Interviewene dannede blandt andet baggrund for, at KL senere varetog en beskrivelse af organisering og lovgrundlag for dataindsamling til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering med udgangspunkt i KL's kommende gateway samt tydeliggørelse af vejen derhen (jf. bilag 5).

#### *Grå litteratur: konkret anvendelse og bidrag*

Endvidere blev der kortlagt relevant grå litteratur for at vurdere muligheder og begrænsninger for kvalitetsmonitorering af rehabilitering i kommunerne.

Projektets identifikation af grå litteratur blev foretaget på følgende tre måder:

- Specifik litteratur udpeget af den faglige følgegruppe og andre nøglepersoner i projektet identificeret via projektets interessentanalyse
- Søgning af litteratur på relevante hjemmesider til at understøtte og nuancere temaer udpeget af den faglige følgegruppe og via interviews med projektets interessenter. Det angår primært hjemmesider for offentlige myndigheder som sst.dk, fs3.nu, RKKP.dk, Retsinformation.dk osv.
- Litteratur direkte afledt af projektets rammer, herunder KL's præmisser for projektet og projektets formål. Dette gælder fx litteratur om Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom samt bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser

Anvendt litteratur fremgår af referencelisterne til projektets afrapporteringer.

### 3.3 Opmærksomhedspunkter

Det er vigtigt, at projektet tidligt i forløbet identificerer og grupperer de forskellige interessenter systematisk for at kunne pege på projektets ressourcepersoner inden for de relevante vidensområder og kunne involvere dem rettidigt.

Den viden som fremkommer ved interviews og grå litteratur er påvirkelig af, hvordan respondenter og nøglepersoner identificeres.

Det er vigtigt med rettidig involvering af væsentlige interessenter, der kan påvirke og bliver påvirket af projektet.

Dette kan gøres via en interessentanalyse.

## 4 Beslutningsgrundlag (formål 2)

Formål 2 i projektet var at udarbejde et operationelt beslutningsgrundlag for det videre arbejde med at etablere en systematisk dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering. Det operationelle beslutningsgrundlag havde fokus på det faglige indhold i en potentiel fremtidig dataindsamling til kvalitetsudvikling af kommunal rehabilitering samt på konsensus anbefalinger fra en faglig følgegruppe.

Formålet med afsnit 4 er således at præsentere de metoder, som blev anvendt til at besvare projektets formål 2 via en beskrivelse af:

- Generel metode med introduktion til en metodemodel som ramme for arbejdet i den faglige følgegruppe
- Praktisk gennemførelse af de forskellige trin i metodemodellen for dette projekt
- Opmærksomhedspunkter ved gennemførelse af lignende projekter

Afsnit 4 beskriver ikke projektets resultater og faglige anbefalinger, men der henvises i stedet til rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021".

### 4.1 Generel metodebeskrivelse

Definitioner på begreber, der blev anvendt som forståelsesramme for arbejdet med projektets formål 2, findes i starten af rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021".

I begrebsdefinitioner fra rapporten står det blandt andet beskrevet, at kvalitetsindikatorer kan inddeles i struktur-, proces-, og resultatindikatorer. Kvalitetsindikatorer kan derfor betragtes bredt i forhold til fx, om kommunen har etableret de relevante indsatser som bl.a. tobaksafvænning (struktur), om borgeren har gennemført relevante indsatser (proces), og om borgeren har opnået forbedring i sin helbredstilstand, herunder livskvalitet (resultat).

Udvikling af kvalitetsindikatorer bør være baseret på en systematisk tilgang, der sikrer transparens og indikatorer af høj faglig kvalitet.(5) I Danmark og internationalt bliver kvalitetsindikatorer ofte udviklet på baggrund af kliniske retningslinjer og alternativt eksisterende kvalitetsindikatorer og/eller ekspertkonsensus.(5, 6) I Danmark bliver kliniske kvalitetsdatabaser godkendt af Sundhedsdatastyrelsen med krav om, at kvalitetsindikatorerne skal belyse relevante kliniske retningslinjer inden for den kliniske kvalitetsdatabases område.(1)

#### *Klinisk retningslinjer*

Det er Sundhedsdatastyrelsens opfattelse, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger for god klinisk praksis i kommunerne, herunder Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, kan sidestilles med kliniske retningslinjer i henhold til bekendtgørelse om godkendelse af kliniske kvalitetsdatabaser, jf. afrapporteringen på projektets fase 1 i bilag 3.(1, 7) Sundhedsstyrelsens anbefalinger blev derfor sidestillet med kliniske retningslinjer i projektets videre forløb.(7) Generelt findes der begrænset evidens for generiske indsatser til borgere med kronisk sygdom, dvs. en kombination af flere indsatser målrettet en bredere målgruppe af borgere med flere forskellige sygdomme.(7) Derfor er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud baseret på den bedste evidens og endvidere ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden.(7)

Ifølge Sundhedsstyrelsen er nationale kliniske retningslinjer systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale, og retningslinjerne er baseret på videnskabelig evidens og/eller den bedste praksis.(8) Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen.(8) En national klinisk retningslinje indeholder alene anbefalinger for afgrænsede problemstillinger i patientforløbet, hvorfor en national klinisk retningslinje ikke kan stå alene, men suppleres af andre faglige retningslinjer, vejledninger og instrukser.(9) Retningslinjerne stiler imod et tværfagligt og tværsektorielt fokus.(9)

#### *Metodemodel for udvikling af kvalitetsindikatorer*

Der findes ikke en guldstandard for, hvordan kvalitetsindikatorer kan udvikles. Imidlertid har et projekt af Kötter m.fl. gennemgået den eksisterende forskning og udviklet en metodemodel, der skitserer vigtige trin i udvikling af kvalitetsindikatorer på baggrund af kliniske retningslinjer og alternativt eksisterende kvalitetsindikatorer og/eller ekspertkonsensus.(5)

Metodemodellen af Kötter m.fl. fremgår af figur 3.(5) Modellen inkluderer følgende trin i udvikling af kvalitetsindikatorer, og trinnene beskrives således (5):

- Definition af den faglige afgrænsning: Der anvendes ofte specifikke kriterier for identifikation af det faglige fokusområde, fx erkendt kvalitetsbrist eller ukendt kvalitetsniveau
- Identifikation af kliniske retningslinjer inden for den faglige afgrænsning: Der identificeres ofte en eller flere kliniske retningslinjer ud fra specifikke kriterier, fx metodisk kvalitet, relevans/rettidighed og tilgængelighed af kliniske retningslinjer inden for den faglige afgrænsning
- Udvælgelse af anbefalinger fra kliniske retningslinjer: Det varierer, om der foretages en udvælgelse af anbefalinger fra de identificerede kliniske retningslinjer, eller om alle anbefalinger inkluderes. Der anvendes ofte kriterier for udvælgelse, fx virkekraft (stor effekt for få/lille effekt for mange), mest mulig sundhed for pengene, monitoreringens gennemførlighed og evidensniveau
- Udvælgelse af indikatorer: Der anvendes ofte en systematisk konsensus metode, hvor et panel af eksperter og lægmand vurderer og udvælger et endelig sæt af kvalitetsindikatorer ud fra et sæt af potentielle kvalitetsindikatorer
- Afprøvning af indikatorer (pilottest): Generelt er der stor variation i, om der gennemføres pilottest af kvalitetsindikatorerne, selvom det bliver anbefalet
- Implementering: Det varierer, om der bliver udarbejdet en implementeringsstrategi. Det kan inkludere tiltag som fx instruktion af nøglepersoner og deltagelse af slutbrugere i udviklingen af kvalitetsindikatorerne

Der er ikke enighed om den ideelle beslutningsproces for udvælgelse af kvalitetsindikatorer, men som oftest anbefales en systematisk konsensus metode som fx Delphi analyse, nominel gruppeteknik eller RAND/UCLA.(5, 6, 10) Traditionel mødeafholdelse med gruppedrøftelser anvendes også til at udvælge kvalitetsindikatorer, hvilket kan muliggøre en mere aktiv diskussion og debat.(6)

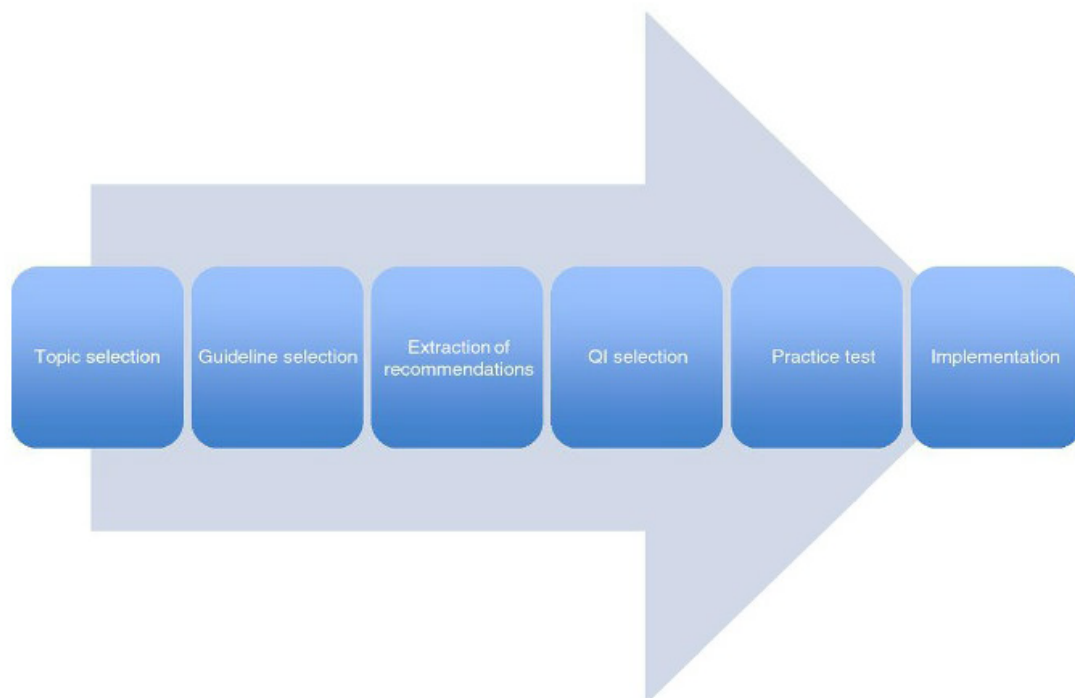
RAND/UCLA blev anvendt i dette projekt og er en systematisk metode til at måle og opnå faglig konsensus i en gruppe af eksperter på omkring 9 personer.(11) Den bagvedliggende antagelse er, at der bedst kan opnås en præcis og pålidelig beslutning ved at konsultere et

panel af eksperter og acceptere gruppens konsensus.(11) Beslutning i grupper har den fordel, at der kan inddrages en bred ekspert- og praksisviden, og at de fælles drøftelser kan udfordre og generere ny viden og ideer.(11)

RAND/UCLA foregår i følgende trin (11):

- Udsendelse af et spørgeskema til ekspertpanelet efter identifikation af problemstillingen, litteraturgennemgang samt udvikling af spørgeskemaet
- Afholdelse af et formelt møde, hvor resultaterne af spørgeskemaet præsenteres for ekspertpanelet. Deltagerne i ekspertpanelet har mulighed for at drøfte deres besvarelse i lyset af, hvordan de andre deltagere har svaret. Herefter gennemføres en ny anonym skriftlig besvarelse
- Vurdering af konsensus kan baseres på klassifikationen: uegnet (median score 1-3), usikker (median score 4-6) og egnet (median score 7-9)

**Figur 3. Model til udvikling af kvalitetsindikatorer af Kötter.(5)**



## 4.2 Praktisk gennemførelse

### 4.2.1 Projektets overordnede metodedesign

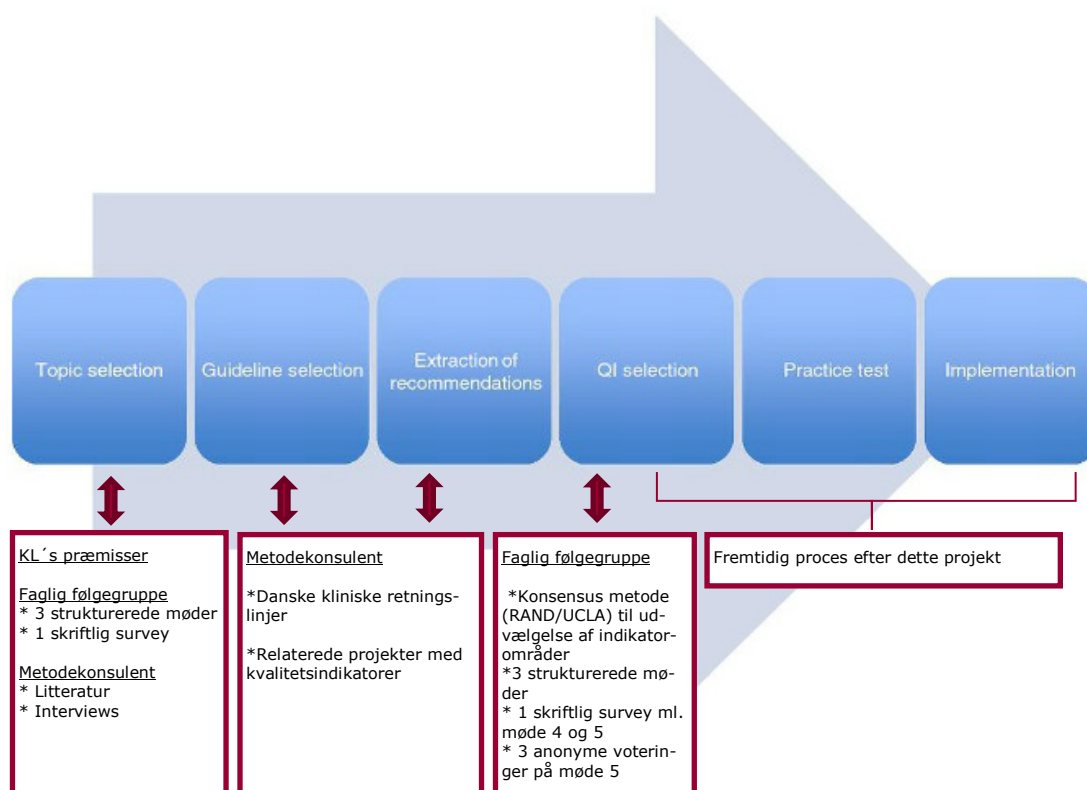
I dette projekt blev det faglige indhold og de specifikke faglige anbefalinger identificeret af et fagligt ekspert panel (herefter benævnt den faglige følgegruppe). Dette arbejde blev ledet af fagpersoner i DEFACTUM med indgående metodisk viden om kvalitetsmonitorering (herefter benævnt metodekonsulenter).

Metodemodellen af Kötter m.fl. blev anvendt som det overordnede metodedesign og ramme for arbejdet i den faglige følgegruppe med det faglige indhold i en potentiel fremtidig kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering.(5)

Figur 4 illustrerer de anvendte metoder i nærværende projekt i relation til Kötter's metode-model. Den praktiske gennemførelse er uddybet nedenfor og i de efterfølgende afsnit 4.2.2 – 4.2.5:

- Definition af den faglige afgrænsning: KL's præmisser for projektet definerede det faglige fokusområde, blandt andet ved at afgrænse fokus og anbefalinger til at omfatte forebyggelse til borgere med kroniske sygdomme i henhold til de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.(7) Endvidere blev kvalitetsmonitoreringens faglige fokusområde afgrænset ved, at den faglige følgegruppe har defineret formål med kvalitetsmonitoreringen, forventede resultater, forløbsafgrænsning og afgrænsning af populationen på baggrund af de krav, der bliver stillet til de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser.(1)
- Identifikation af de kliniske retningslinjer inden for den faglige afgrænsning: I dette projekt blev de danske nationale kliniske retningslinjer indenfor kvalitetsmonitoreringens faglige område identificeret via en gennemgang af nationale kliniske retningslinjer og Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom, som blev sidestillet med kliniske retningslinjer.(1, 7) Der blev på baggrund af denne gennemgang dannet en samlet liste med anbefalinger. Listen blev efterfølgende suppleret af den faglige følgegruppe for at sikre, at alle relevante anbefalinger og områder var taget med. Gennemgangen blev foretaget af metodekonsulenter.
- Udvalgelse af anbefalinger fra kliniske retningslinjer: Den komplette liste af danske kliniske retningslinjer og anbefalinger fra det faglige område blev inkluderet i det videre arbejde. Det vil sige, at der ikke blev foretaget en udvælgelse på dette trin.
- Udvalgelse af kvalitetsindikatorer: På baggrund af den komplette liste med anbefalinger blev indikatorområder udvalgt i den faglige følgegruppe ved en systematisk konsensus proces med metoden RAND/UCLA. Projektet har ikke gennemført processen med udvælgelse af specifikke indikatorer, men har kortlagt eksisterende indikatorer og vurderet konsensus om udvalgte eksisterende indikatorer. Dette bliver beskrevet i afsnit 5 vedrørende fremtidig proces.
- Afprøvning og implementering: Disse trin er ikke en del af dette projekt, men opmærksomhedspunkter fra litteraturen bliver beskrevet i afsnit 5.

**Figur 4. Model til udvikling af kvalitetsindikatorer modificeret efter Kötter.(5)**



#### 4.2.2 Fagligt ekspertpanel: den faglige følgegruppe

Som led i projektet blev der nedsat en faglig følgegruppe med det formål at bidrage med konkrete anbefalinger til det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen.

Den faglige følgegruppe havde endvidere til formål at repræsentere den faglige ekspertviden i projektet, at sikre det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen, relevans for den kommunale praksis samt opbakning fra relevante interessenter og faglige miljøer.

Den faglige følgegruppes formål og rolle er beskrevet i kommissorium for den faglige følgegruppe i bilag 6. Medlemmer af den faglige følgegruppe fremgår af bilag 14.

Anbefalingerne fra den faglige følgegruppe blev indstillet til godkendelse i styregruppen for kommunale sundheds- og ældredata via projektgruppen. Nærmere detaljer om projektets organisering og beslutningsproces findes i bilag 2.

Den faglige følgegruppe blev sammensat, så den afspejlede projektets præmisser og succeskriterier om, at en fremtidig kvalitetsmonitorering skal fokusere på forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, samt at kvalitetsmonitoreringen giver værdi hos fagfolk, har opbakning i kommunerne, giver mest mulig kvalitet for borgerne, har bred faglig og tværsektoriel opbakning og understøtter samarbejdet mellem kommuner og den øvrige sektor (jf. bilag 1). Den faglige følgegruppe inkluderede derfor fagprofessionelle inden for kommunal rehabilitering, kvalitetsområdet og tværsektorielle patient-/borgerforløb, relevante forskere og videnspersoner samt en patientrepræsentant. Projektets interessentan-alyse i starten af projektet bidrog til at sammensætte panelet for den faglige følgegruppe, jf. afsnit 2.

Den faglige følgegruppe blev sammensat med nedenstående medlemmer:

- Formand for den faglige følgegruppe var en kommunal repræsentant

- 4 kommunale fagprofessionelle fra forskellige kommuner
- 1 repræsentant fra KL med ekspertviden om fælles sprog III (FSIII)
- 1 repræsentant for RKKP med ekspertviden om kvalitetsmonitorering
- 2 repræsentanter for faglige forskningsmiljøer for rehabilitering og tværsektorielle forløb, herunder en lægefaglig repræsentant for sygehusene
- 1 repræsentant fra Danske Patienter
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen

Det var ikke muligt at få en lægefaglig repræsentant for almen praksis som medlem i den faglige følgegruppe.

Formanden for den faglige følgegruppe indgik ligeledes som medlem i projektgruppen, jf. kommissorium for projektgruppen i bilag 15. Formanden fungerede dermed som bindeled mellem den faglige følgegruppes anbefalinger og projektgruppens indstillinger til beslutning i styregruppen for synlige kommunale sundheds- og ældredata.

Der blev afholdt seks strukturerede møder i den faglige følgegruppe i perioden marts 2020 til maj 2021. De første to møder blev afholdt ved fysisk fremmøde, og de sidste fire møder blev afholdt virtuelt på grund af COVID-19. Møderne blev afholdt efter en fast dagsorden og med tydelige målsætninger for hvert enkelt møde. Medlemmerne blev under hele processen opfordret til at inddrage deres bagland. Ligeledes blev der gennemført to skriftlige surveys i den faglige følgegruppe mellem møde 2 og 3 samt mellem møde 4 og 5 som led i en systematisk konsensus proces på det efterfølgende møde.

På baggrund af blandt andet forberedelse mellem møderne, besvarelse af surveys og systematiske konsensus processer på møderne har den faglige følgegruppe således truffet beslutning om de specifikke faglige anbefalinger til projektgruppen. Alle anbefalinger blev endeligt godkendt af medlemmerne i den faglige følgegruppe.

#### *Opmærksomhedspunkter*

Der bør sikres en bred repræsentation i det ekspertpanel, som udvælger kvalitetsindikatorer i forhold til det faglige område, som kvalitetsmonitoreringen skal dække.(6) Det er vigtigt med både sundhedsfaglig og metodisk ekspertise i ekspertpanelet og en afbalanceret repræsentation af deltagerne.(6) Patientdeltagelse er også vigtigt. Det kan være nødvendigt, at patientrepræsentanten bliver udvalgt omhyggeligt eller får viden om kvalitetsmonitorering inden deltagelse i ekspertpanelet.(6)

Det er tidskrævende at opnå konsensus om det faglige indhold i en kvalitetsmonitorering.(12) Der bør være opmærksomhed på en omhyggelig planlægning af processen og forberedelse af det faglige ekspertpanel i forhold til fx antallet og varighed af møder, tidsforbrug til forberedelse mellem møderne og tidshorisont for de forskellige trin i etablering af en kvalitetsmonitorering.

Det er et opmærksomhedspunkt, at udvælgelse af eksperter til ekspertpanelet har indflydelse på resultatet af ekspertpanelets arbejde, og det kan derfor være relevant at kortlægge ekspertpanelets eventuelle interessekonflikter.(5, 6)



Der bør sikres en dækkende og balanceret repræsentation af både sundhedsfaglige og metodiske kompetencer i det ekspertpanel, som skal udvælge kvalitetsindikatorer. Patientdeltagelse er også vigtigt.

Der bør være opmærksomhed på, at det er en tidskrævende proces at opnå konsensus om det faglige indhold i en kvalitetsmonitorering.

Det kan være relevant at kortlægge ekspertpanelets interesse i projektets resultater og eventuelle interessekonflikter.

#### 4.2.3 Definition af den faglige afgrænsning

Dette afsnit refererer til det første trin i Kötter's metodemodell: "Topic selection", jf. figur 4.

Den praktiske gennemførelse af at afgrænse det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen blev primært foretaget via følgende:

- KL's præmisser for projektet, præmis 3 (jf. bilag 1): fokus og anbefalinger afgrænses til forebyggelse til borgere med kroniske sygdomme, jf. de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (7)
- Den faglige følgegruppes anbefalinger til kvalitetsmonitoreringens formål, forløbsafgrænsning samt faglig og teknisk definition af populationen med udgangspunkt i de krav, der stilles til de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser (1)

Den faglige følgegruppes anbefalinger fremgår af rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021". Anbefalingerne blev udarbejdet via tre møder samt en skriftlig survey mellem møde et og møde to. Arbejdet fulgte nedenstående trin:

*Møde 1:* Med udgangspunkt i præmispapiret og de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, besluttede den faglige følgegruppe en anbefaling til forløbsafgrænsning for kvalitetsmonitoreringen.(7)

*Mellem møde 1 og møde 2:* En skriftlig survey, hvor den faglige følgegruppe blev bedt om at afkrydse de formål og forventede resultater, som skulle medtages i regi af dette projekt til en definition af formål og forventede resultater for en fremtidig kvalitetsmonitorering af kommunal §119 patientrettet rehabilitering. Følgegruppen blev også bedt om at tilføje nye formål og forventede resultater, hvis det var relevant. Ligeledes blev den faglige følgegruppe opfordret til at inddrage relevante medarbejdere på forskellige organisatoriske niveauer i deres kommune. Listen med potentielle formål og forventede resultater blev lavet af projektets metodekonsulenter på baggrund af følgende litteratur:

- Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" (7)
- Nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering, rehabilitering af patienter med KOL og for udvalgte indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes i regi af Sundhedsstyrelsen (13-15)
- Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 881 af 26/06/2018) (1)

- Kvalitetsmonitorering i regi af RKKP (hjertesygdom, KOL og diabetes) (16-18)
- Systematiske oversigtsartikler (Cochrane reviews) inden for rehabilitering af patienter med hjertesygdom, KOL og diabetes (19-21)
- Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (22)

*Møde 2:* Projektets metodekonsulenter udarbejdede skriftlige udkast til kvalitetsmonitoreringens formål og forventede resultater på baggrund af, at henholdsvis 50 % og 75 % af den faglige følgegruppes medlemmer havde udvalgt disse som relevante for kvalitetsmonitoreringen i surveyen. Disse udkast blev drøftet i den faglige følgegruppe, og med få revisioner blev de godkendt som den faglige følgegruppes anbefalinger til kvalitetsmonitoreringens formål og forventede resultater. Ligeledes havde projektets metodekonsulenter udarbejdet et skriftligt udkast til en faglig definition af populationen på baggrund af den faglige følgegruppes anbefaling til forløbsafgrænsning samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdom, og udkastet blev drøftet på mødet med henblik på endelig beslutning på møde 3.(7)

*Møde 3:* Den faglige følgegruppe godkendte et revideret udkast til en faglig definition af populationen. Ligeledes drøftede den faglige følgegruppe en teknisk specifikation af populationen, og der blev efterfølgende udarbejdet et udkast, som blev godkendt i forbindelse med udsendelse af referatet fra møde 3.

#### *Opmærksomhedspunkter*

Det er vigtigt, at formålet med både kvalitetsmonitorering og kvalitetsindikatorer defineres, førend de specifikke kvalitetsindikatorerne udvikles.(6)

Hyppigt anvendte kriterier til at definere den faglige afgrænsning og udvælge det kliniske fokus for udvikling af kvalitetsindikatorer relaterer sig til (5, 10):

- Sygdommens/tilstandens prævalens
- Sygdomsbyrde
- Potentiale for kvalitetsforbedring

Andre eksempler på kriterier til at udvælge det faglige fokus for kvalitetsmonitorering er fx uvished om kvalitetsniveauet og økonomiske konsekvenser af en specifik sundhedsmæssig udfordring.(5)

Hyppigt anvendte kriterier til at udvælge det faglige fokus ved udvikling af kvalitetsindikatorer relaterer sig til sygdommens/tilstandens prævalens, sygdomsbyrde og/eller potentiale for kvalitetsforbedring.

Desuden kan fx uvished om kvalitetsniveauet og økonomiske konsekvenser danne baggrund for udvælgelse af det faglige fokus.

#### 4.2.4 Identifikation og udvælgelse af kliniske retningslinjer

Dette afsnit refererer til de følgende to trin i Kötter's metodemodel: "Guideline selection" og "Extraction of recommendations", jf. figur 4.

Projektets metodekonsulenter identificerede danske nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger via en gennemgang af:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, der blev sidestillet med kliniske retningslinjer på baggrund af et interview med Sundhedsdatastyrelsen, jf. bilag 3.(7)
- Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering blandt patienter med type 2 diabetes, hjertesygdom og KOL.(13-15)
- Endvidere blev der inddraget anbefalinger vedrørende multisygdom relateret til rehabilitering af kronisk sygdom (jf. bilag 7). Disse referencer blev identificeret via fagpersoner med indgående viden om multisygdom.

Mellem møde 3 og møde 4 i den faglige følgegruppe blev den samlede liste af danske kliniske retningslinjer og anbefalinger udsendt til den faglige følgegruppe. Den faglige følgegruppe supplerede med øvrige anbefalinger på baggrund af medlemmernes egen faglige viden samt tilbagemeldinger fra deres bagland for på den måde at sikre, at alle relevante anbefalinger og områder var medtaget.

Den komplette liste med danske kliniske retningslinjer og anbefalinger blev inkluderet i den senere konsensusproces om indikatorområder, og der skete dermed ikke en udvælgelse i denne fase af projektet.

#### *Opmærksomhedspunkter*

Generelt anbefales det, at kliniske retningslinjer bliver identificeret på baggrund af en systematisk søgning af relevante kliniske retningslinjer samt en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet af de kliniske retningslinjer.(5)

Af tidsmæssige hensyn var evidensen og den metodiske kvalitet af de danske kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger ikke et udvælgelseskriterium i dette projekt. Alle kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger inden for kvalitetsmonitoreringens faglige afgrænsning blev forelagt den faglige følgegruppe ved den senere konsensusproces om udvælgelse af indikatorområder. I forbindelse med at de konkrete kvalitetsindikatorer senere skal udvikles og udvælges inden for de valgte indikatorområder, vil det være relevant at foretage en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet af de bagvedliggende kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger.

Ekspertvurdering og eksisterende indikatorsæt kan anvendes som alternative kilder til kvalitetsindikatorer.(5) Hvis der eksempelvis er evidens af dårlig kvalitet eller ingen evidens, kan ekspertkonsensus danne baggrund for et kvalitetsmål, givet at konsensus er opnået via et multidisciplinært panel med anvendelse af formelle teknikker til at reducere risikoen for bias.(10) I dette projekt blev det gennemført ved, at den faglige følgegruppe kunne supplere listen af de identificerede kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger samt ved, at der senere blev gennemført en systematisk konsensusproces i den faglige følgegruppe for at udvælge indikatorområder, der på sigt kan danne baggrund for udvikling af specifikke kvalitetsindikatorer.

Det bliver anbefalet, at de kliniske retningslinjer bliver identificeret på baggrund af en systematisk søgning af relevante kliniske retningslinjer og en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet af de kliniske retningslinjer. Ekspertvurdering og eksisterende indikatorsæt kan anvendes som alternative kilder til kvalitetsindikatorer.

#### 4.2.5 Udvalgelse af indikatorer (indikatorområder)

Dette afsnit refererer til det følgende trin i Kötter's metodemodel: "QI selection", jf. figur 4. QI er en forkortelse af quality indicator.

I dette projekt var første skridt i udvikling af kvalitetsindikatorer at opnå faglig konsensus om indikatorområder inden for hvilke, kvalitetsindikatorerne senere skal udvikles.

Konsensus i den faglige følgegruppe blev vurderet inden for nedenstående områder via en systematisk konsensus metode (RAND/UCLA)(11):

- Tidsmæssig rækkefølge for udvikling af kvalitetsmonitoreringen
- Fagligt indhold i kvalitetsindikatorer
- Mulig anvendelse af eksisterende kommunale indikatorer

Mellem møde 4 og 5 fik den faglige følgegruppe udsendt en survey med den komplette liste af kliniske retningslinjer og anbefalinger identificeret under afsnit 4.2.4. Deltagerene skulle markere på en skala fra 0 – 10, hvor vigtig en faglig anbefaling er som et potentielt indikatorområde med reference til kvalitetsmonitoreringens formål. På møde 4 i den faglige følgegruppe var der et ønske om at arbejde med kvalitetsmonitoreringen i faser. Derfor udviklede projektets metodekonsulenter en faseplan for den tidsmæssige rækkefølge for udvikling af en fremtidig kvalitetsmonitorering. Rækkefølgen i faseplanen afspejler den faglige følgegruppes besvarelse af surveyen i forhold til prioriteringen af de faglige anbefalinger.

På møde 5 i den faglige følgegruppe blev der gennemført tre seancer med henblik på at vurdere den faglige følgegruppes konsensus inden for områderne: 1) tidsmæssig rækkefølge for udvikling af kvalitetsmonitoreringen, 2) fagligt indhold og 3) mulig anvendelse af eksisterende indikatorer. Ved hver seance blev resultatet af surveyen præsenteret for den faglige følgegruppe. Efterfølgende var der rundt-om-bordet kommentarer fra hver deltager og en plenum drøftelse. Som afslutning på hver seance blev der foretaget en anonym skriftlig survey af, om hvert enkelt medlem kunne anbefale 1) faseplanen som tidsmæssig rækkefølge for det fremtidige arbejde med udvikling af kvalitetsindikatorer, 2) det faglige indhold af faseplanens trin 1 og 2 samt 3) anvendelse af specifikke eksisterende kommunale indikatorer. Resultaterne af de tre surveys på møde 5 blev anvendt til at vurdere konsensus i den faglige følgegruppe baseret på klassifikationen uegnet (median score 0-3), usikker (median score 4-6) og egnet (median score 7-10).(11)

#### *Opmærksomhedspunkter*

En undersøgelse blandt 15 internationale fagprofessionelle, der arbejder med udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer viser, at udvælgelse af kvalitetsindikatorer kan være baseret på flere kriterier og egenskaber (6):

- Evidens: stærk evidens anses generelt som vigtigt og kan fremme opbakningen til og implementering af en kvalitetsindikator
- Relevans for patienter/borgere: anses af flere eksperter som vigtigt på lige fod med litteratur-baserede faglige anbefalinger med henblik på at identificere nøgleområder for kvalitetsforbedringer
- Målbare: Det kan være en udfordring for udvikling af kvalitetsindikatorer, at målbareheden er udfordret ved fx mangelfuld IT-infrastruktur, data tilgængelighed eller kapacitet til dataindsamling. Endvidere kan nogle relevante kvalitetsaspekter for patienten/borgeren være vanskeligt målbare, fx fælles beslutningstagen

Som oftest anvendes en formaliseret konsensus gruppe metode til udvælgelse af kvalitetsindikatorer som fx Delphi analyse eller RAND/UCLA.(5, 6, 10) Traditionel mødeafholdelse med gruppedrøftelser anvendes også til at udvælge kvalitetsindikatorer.(6)

Udvælgelse af indikatorområder og kvalitetsindikatorer kan være baseret på flere kriterier og egenskaber, fx:

- Høj evidens
- Relevans for patienter/borgere
- Målbarhed

Som oftest anvendes en formaliseret konsensus gruppe metode til udvælgelse af kvalitetsindikatorer som fx Delphi analyse eller RAND/UCLA.

### 4.3 Opmærksomhedspunkter

Nedenstående boks viser en opsamling på de væsentligste opmærksomhedspunkter, der er beskrevet i afsnit 4.2.

Der bør sikres en dækkende og balanceret repræsentation af sundhedsfaglige- og metodiske kompetencer inden for kvalitetsmonitoreringens område i det ekspertpanel, som skal udvælge kvalitetsindikatorer. Patientdeltagelse er også vigtigt.

Det kan være relevant at kortlægge ekspertpanelets eventuelle interessekonflikter.

Der bør være opmærksomhed på, at det er en tidskrævende proces at opnå konsensus om det faglige indhold.

Hypptigt anvendte kriterier til at identificere den faglige afgrænsning ved udvikling af kvalitetsindikatorer relaterer sig til sygdommens/tilstandens prævalens, sygdomsbyrde og/eller potentiale for kvalitetsforbedring. Desuden kan uvished om kvalitetsniveauet og økonomiske konsekvenser danne baggrund for identifikation af det faglige fokus.

Det bliver anbefalet, at de kliniske retningslinjer bliver identificeret på baggrund af en systematisk søgning af relevante kliniske retningslinjer og en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet. Ekspertvurdering og eksisterende indikatorsæt kan også anvendes som alternative kilder til kvalitetsindikatorer.

Udvælgelse af indikatorområder og kvalitetsindikatorer kan være baseret på flere kriterier og egenskaber, fx:

- Høj evidens
- Relevans for patienter/borgere
- Målbarhed

Som oftest anvendes en systematisk konsensus metode til udvælgelse af kvalitetsindikatorer som fx Delphi analyse eller RAND/UCLA.

## 5 Fremtidig proces

I afsnit 4. Beslutningsgrundlag (formål 2) beskrives de metoder, som har dannet baggrund for arbejdet i den faglige følgegruppe samt opmærksomhedspunkter ved gennemførelse af lignede projekter.

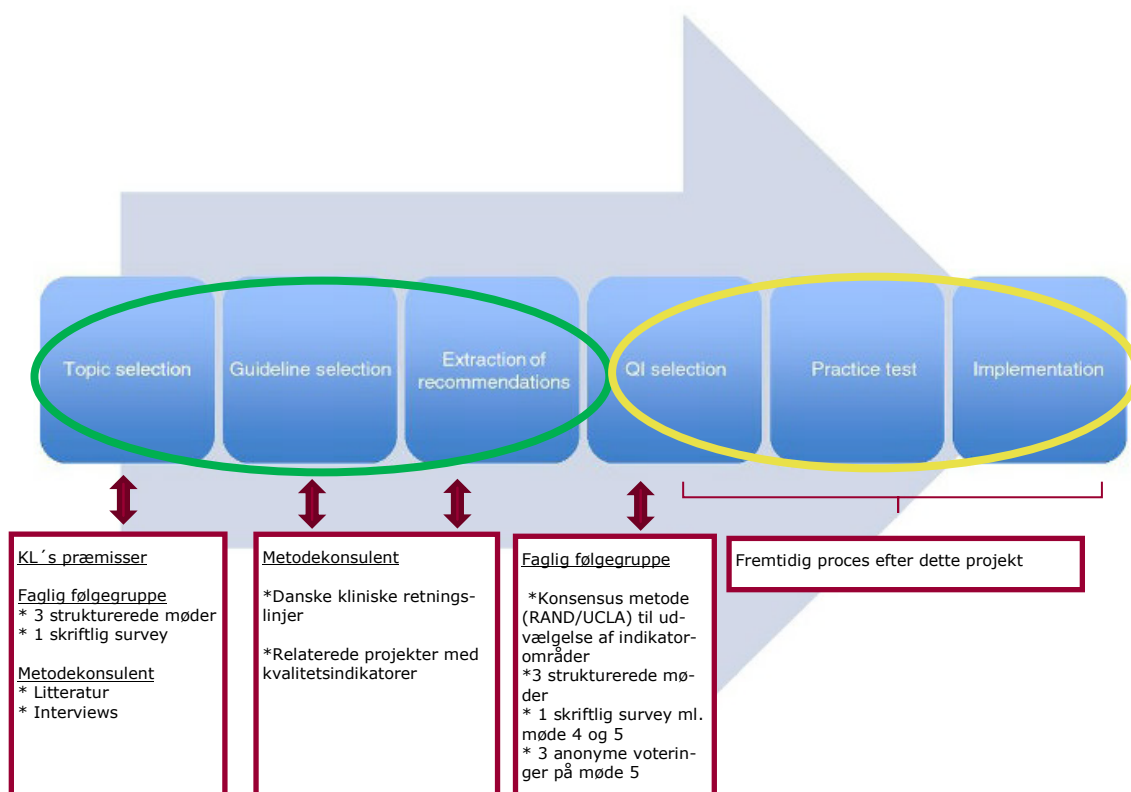
Formålet med afsnit 5 er at beskrive nogle af de vigtige trin, som mangler frem mod udviklingen af specifikke kvalitetsindikatorer i forhold til metodiske opmærksomhedspunkter med udgangspunkt i litteraturen. Jævnfør projektafgrænsningen i bilag 4 er implementering ikke en del af dette projekt, men væsentlige metodiske opmærksomhedspunkter for implementering af kvalitetsindikatorer er dog medtaget i dette afsnit.

Projektet har ikke gennemført følgende trin i relation til Kötter's metodemodel og overskrifterne i dette afsnit afspejler derfor disse trin og afsluttes med et afsnit om øvrige aspekter (5):

- Udvalgelse af kvalitetsindikatorer
- Afprøvning af kvalitetsindikatorer
- Implementering

De gennemførte trin i projektet i relation til Kötter's metodemodel for udvikling af kvalitetsindikatorer bliver vist med en grøn cirkel i figur 5 og de manglende trin bliver vist med en gul cirkel.

**Figur 5. Model til udvikling af kvalitetsindikatorer modificeret efter Kötter.(5)**



## 5.1 Udvælgelse af indikatorer (specifikke indikatorer)

Dette afsnit refererer til det følgende trin i Kötter´s metodemodel: "QI selection", jf. figur 5. QI er en forkortelse af quality indicator.

Af tidsmæssige hensyn var den metodiske kvalitet af de danske kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger ikke et udvælgelseskriterium i forbindelse med den beskrevne konsensusproces i den faglige følgegruppe til udvælgelse af indikatorområder, jf. afsnit 4.2.5. Når de specifikke kvalitetsindikatorer senere skal udvikles og udvælges indenfor den faglige følgegruppes anbefalede indikatorområder, vil det være relevant at foretage en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet af de bagvedliggende kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger.

I dette projekt var der konsensus i den faglige følgegruppe om de indikatorområder inden for hvilke, kvalitetsindikatorerne senere skal udvikles, jf. rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021". Dette afsnit beskriver erfaringer fra projektet i relation til en konsensus proces i den faglige følgegruppe om anvendelse af eksisterende kommunale kvalitetsindikatorer. Denne beskrivelse medtages i dette afsnit, fordi der ikke var konsensus i den faglige følgegruppe, og fordi der dermed fortsat forestår et arbejde med at udvælge de specifikke kvalitetsindikatorer. Derefter beskrives metodiske opmærksomhedspunkter ved udvikling og udvælgelse af specifikke indikatorer.

### *Erfaringer fra projektet*

Den faglige følgegruppe og KL pegede på eksisterende arbejde inden for de patientrettede kommunale forebyggelsesforløb. På den baggrund kortlagde projektets metodekonsulenter potentielt relevante kommunale kvalitetsindikatorer.

Kortlægningen omfattede følgende indikatorer vedrørende kommunal praksis:

- Ikke publicerede indikatorer udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (pilot)
- Indikatorer for sygdomsområderne hjertesygdom og KOL i regi af RKKP:
  - Indikatorer for hjertesygdom (implementeret i 21 kommuner)(17)
  - Indikatorer for KOL (pilottestning i 4/6 kommuner)(18)
- 6-By samarbejdet

Tabel 1 viser en oversigt over eksisterende arbejde med udvikling af indikatorer inden for de patientrettede kommunale forebyggelsesforløb.

Det fremgår af Tabel 1, at de kommunale indikatorer for KOL i regi af RKKP dækker flere af de indikatorområder, som senere bør indgå i kvalitetsmonitoreringen i henhold til det besluttede formål i den faglige følgegruppe.(18) Derfor blev der gennemført en systematisk konsensus proces på møde 5 i den faglige følgegruppe om, hvorvidt der var konsensus om anvendelse af de kommunale KOL indikatorerne til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering. Der var ikke entydig konsensus om anvendelse af indikatorerne, og der forestår fortsat et arbejde med at udvælge de specifikke indikatorer. Der henvises til afsnit 4.2.5. for flere informationer om metoden og til rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering - anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021" for flere informationer om resultatet af konsensus processen.

**Tabel 1. Eksisterende indikatorer for de patientrettede kommunale forebyggelses-tilbud**

	SST	KOL	Hjertesygdom	6-By samarbejde
Henvisning til afklarende samtale	x			x
Afholdte/deltagelse i afklarende samtale	x	x		x (antal forløb)
Afslutning på forløb/afsluttende samtale	x	x		x
Frafald	x		(vedholdende)	x (gennemførelse og fremmøde)
Opfølgning	x	x		x leverede ydelser
Tilbud om og faktisk deltagelse i sygdomsmestring		x		
Tilbud om og faktisk deltagelse i tobaksafvænning		x	(eks-rygere)	
Tilbud om og faktisk deltagelse i fysisk træning		x	x (samme testredskab + stigning i arbejds-kapacitet)	
Tilbud om og faktisk deltagelse i ernæringsindsats		x	X (screening)	
Tilbud om og faktisk deltagelse i forebyggende samtale om alkohol				
Øvrig:			Opsporing af angst og depression	Effekt målt ved: Mestringsevne Handlekompetence Fysisk funktions- levne Helbredsrelateret livskvalitet

#### *Opmærksomhedspunkter*

I en systematisk litteraturgennemgang af 48 metode- og forskningsartikler om udvikling af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer fremgår, at kvalitetsindikatorer kan udvikles på baggrund af en enkeltstående klinisk retningslinje, af mere end én klinisk retningslinje eller af en kombination af kilder, fx en eksisterende database med kvalitetsindikatorer i kombination med kliniske retningslinjer.(5) Ekspertvurdering og eksisterende indikatorer kan ligeledes anvendes som alternative kilder til kvalitetsindikatorer.(5)

Udvælgelsen af kvalitetsindikatorer foretages ofte via systematiske konsensus metoder som fx Delphi analyse og RAND/UCLA.(5, 10) Der nedsættes et ekspertpanel, der skal sikre en bred repræsentation af de fagprofessionelle og eventuelt patienter, som kvalitetsindikatoren er målrettet.(5) Ligeledes skal indgå fagpersoner med metodisk ekspertise i kvalitetsmonitering. Det anbefales at gennemførelse af metoden, herunder udvælgelse af personer til ekspertpanelet, følger en transparent proces.(5, 10) Hermed kan risikoen reduceres for, at interessenter får u hensigtsmæssigt stor eller lille indflydelse på udvikling af kvalitetsindikatorerne.(5)

Et vigtigt skridt i udvikling af kvalitetsindikatorer er at oversætte teksten i den kliniske retningslinje eller alternative kilde til en operationaliserbar kvalitetsindikator.(5) Den kliniske retningslinje er ikke nødvendigvis så specifik, at der kan formuleres passende tællere og nævnere til kvalitetsindikatoren, og oversættelsen kan udelade potentielt relevant information.(5) En undersøgelse blandt 15 internationale fagprofessionelle, der arbejder med udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer, peger på, at



det kan være en udfordring at implementere nye kvalitetsindikatorer i praksis og gøre dem målbare, samt at anvendelse af eksisterende kvalitetsindikatorer kan medvirke til at undgå yderligere dokumentation og validering. Det bekræfter behovet for først at gennemgå allerede eksisterende kvalitetsindikatorer, før der udvikles kvalitetsindikatorer på basis af kliniske retningslinjer.(6)

For at omsætte en klinisk retningslinje og anbefaling til en målbar kvalitetsindikator skal der typisk defineres en tæller og nævner. Det er nødvendigt at definere specifikke kriterier for, hvilke patienter/borgere der skal indgå i tælleren og nævneren, for at data kan blive registreret korrekt i systemerne, og beregning af kvalitetsindikatoren kan blive foretaget korrekt.(10) For hver datavariabel skal der specificeres datafelter i systemet for at sikre adækvat og konsistent dokumentation. Denne dokumentation skal udarbejdes for hver kvalitetsindikator.(10) Hvis det er muligt, bør registrering af data til kvalitetsindikatoren integreres i allerede eksisterende kode og datasystemer.(10)

FSIII Sundhedsfremme og forebyggelse er en klassifikation, der er udarbejdet med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.(7, 23) Status for FSIII Sundhedsfremme og forebyggelse er, at klassifikationerne er udviklet, men endnu ikke implementeret i de kommunale elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) (jf. bilag 5). I rapporten "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering – anbefalinger fra den faglige følgegruppe, juni 2021" fremgår det, at det er vigtigt i den faglige følgegruppe, at datagrundlaget i en kommende kommunal kvalitetsmonitorering understøttes af FSIII. Ligeledes er det vigtigt så vidt muligt at genanvende data fra etablerede systemer for at undgå dobbeltregistreringer samt at minimere ekstraregistreringer.

Ved offentliggørelse af kvalitetsmål og sammenligning af kvalitet mellem enheder er der mere komplekse krav til registreringernes gyldighed og pålidelighed.(10) For at sikre en fair sammenligning af kvalitet mellem enheder er det vigtigt, at de forskellige enheder indsamler data på nøjagtig den samme måde via standardiserede og detaljerede dataspecifikationer og dokumentationsvejledninger. Det kan ligeledes være vigtigt, at der bliver justeret for eventuelle forskelle i patientsammensætning mellem de enheder, hvor kvaliteten sammenlignes.(10)

I processen med udvikling af kvalitetsindikatoren bør følgende dokumenteres (10):

- Kvalitetsindikatorens relevans, vigtighed og eventuelt accept af den
- Videnskabelig kvalitet af den bagvedliggende evidens for kvalitetsindikatoren
- Kvalitetsindikatorens gennemførbarhed og målbare

## Opmærksomhedspunkter

Kvalitetsindikatorer kan udvikles på baggrund af:

- En enkeltstående klinisk retningslinje
- Mere en én klinisk retningslinje
- Eksisterende indikatorer og indikatorsæt
- Ekspertvurderinger
- En kombination af kilder, fx en eksisterende database med kvalitetsindikatorer i kombination med kliniske retningslinjer

Dette projekt har kortlagt danske kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger samt eksisterende kvalitetsindikatorer og ekspertvurderinger, som det fremtidige arbejde med udvikling af specifikke kvalitetsindikatorer for kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering kan tage udgangspunkt i. Af tidsmæssige hensyn var evidensen og den metodiske kvalitet af de kliniske retningslinjer og faglige anbefalinger ikke et udvælgelseskriterium, men det være relevant at lave en kritisk vurdering af evidensen og den metodiske kvalitet, når de specifikke kvalitetsindikatorer senere skal udvikles og udvælges.

Udvælgelsen af kvalitetsindikatorer foretages ofte via et ekspertpanel og systematiske konsensus metoder som fx Delphi analyse eller RAND/UCLA.

Et vigtigt skridt i udvikling af kvalitetsindikatorer er at oversætte teksten fra den kliniske retningslinje eller alternative kilde til en operationaliserbar kvalitetsindikator.

For at omsætte en klinisk retningslinje og anbefaling til en målbar kvalitetsindikator er det nødvendigt at definere specifikke kriterier for, hvilke patienter/borgere der skal indgå i tælleren og nævneren, for at data kan blive registreret korrekt i systemerne, og beregning af kvalitetsindikatoren kan blive foretaget korrekt.

Hvis det er muligt, bør registrering af data til kvalitetsindikatoren integreres i allerede eksisterende kode og datasystemer. Klassifikationen, FSIII Sundhedsfremme og forebyggelse, er udviklet med afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, men klassifikationen endnu ikke implementeret i kommunernes EOJ.

Ved sammenligning af kvalitet mellem enheder er det vigtigt, at de forskellige enheder indsamler data på nøjagtig den samme måde via standardiserede og detaljerede data-specifikationer og dokumentationsvejledninger. Det kan ligeledes være vigtigt, at der bliver justeret for eventuelle forskelle i patientsammensætning mellem de enheder, hvor kvaliteten skal sammenlignes.

I processen med udvikling af kvalitetsindikatoren bør følgende dokumenteres:

- Kvalitetsindikatorens relevans, vigtighed og eventuelt accept af den
- Videnskabelig kvalitet af den bagvedliggende evidens for kvalitetsindikatorens
- Kvalitetsindikatorens gennemførlighed og målbarhed

## 5.2 Afprøvning af indikatorer

Dette afsnit refererer til det følgende trin i Kötter's metodemodel: "Practice test", jf. figur 5.

Det anbefales generelt at gennemføre test i praksis af kvalitetsindikatorer, inden de implementeres, men det praktiseres ikke altid.(5, 10)

Pilottest af kvalitetsmål bidrager med vigtig information om målets gennemførlighed, validitet, reliabilitet og anvendelighed samt kan være med til at tydeliggøre definitioner.(5, 6) Dette gælder både ved udvikling af nye kvalitetsmål eller ved anvendelse af kvalitetsmålene i andre rammer, fx en anden sektor end kvalitetsmålet oprindeligt er udviklet til.(6) Test af kvalitetsindikatorer i praksis kan også være med til at fremme accept af indikatoren.(5)

Der findes ikke en standard for, hvad en pilottest skal indebære.(10) Vigtige opmærksomhedspunkter ved pilottest af kvalitetsmål er (10):

- Metoden til at teste kvalitetsmålet bør være i overensstemmelse med den tilsigtede anvendelse af målet
- Kvalitetsmålet bør testes, inden der bliver truffet beslutning om, at det skal implementeres
- Processen for beslutning om at acceptere eller forkaste kvalitetsmålet bør være transparent
- Monitorering efter implementering bør gennemføres for at evaluere den langsigtede anvendelighed af kvalitetsmålet

Samarbejde med feedback loops til klinikere kan virke faciliterende for udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer.(6) At pilotteste kvalitetsindikatorerne anses som en vigtig mulighed for at tilpasse kvalitetsindikatorerne baseret på feedback fra de fagpersoner, som skal implementere kvalitetsindikatorerne.(6)

### *Opmærksomhedspunkter*

Det anbefales generelt at gennemføre test af kvalitetsmål i praksis inden implementering af nye kvalitetsmål eller ved implementering af kvalitetsmålene i andre rammer, end de oprindeligt var udviklet til.

Vigtige opmærksomhedspunkter ved pilottest af kvalitetsmål er:

- Metoden til at teste kvalitetsmålet bør være i overensstemmelse med den tilsigtede anvendelse af målet
- Kvalitetsmålet bør testes, inden der bliver truffet beslutning om, at det skal implementeres
- Processen for beslutning om at acceptere eller forkaste kvalitetsmålet bør være transparent
- Monitorering efter implementering bør gennemføres for at evaluere den langsigtede anvendelighed af kvalitetsmålet

## 5.3 Implementering

Dette afsnit refererer til det følgende trin i Kötter´s metodemodel: "Implementation", jf. figur 5.

Der findes ikke en standard for, hvordan implementering af kvalitetsindikatorer bør foregå, men det anbefales generelt, at en implementeringsstrategi er en integreret del af processen med udvikling af kvalitetsindikatorer.(5, 6)

Det anses som vigtigt for implementering af kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet, at der er et etableret samarbejde og strategisk partnerskab omkring det.(6) Dette uddybes i næste afsnit.

For at understøtte implementering af kvalitetsindikatorer kan følgende aktiviteter anvendes (5, 6):

- Pilottest af kvalitetsindikatorerne
- Hensigtsmæssigt It-understøttelse
- Tydeliggørelse af, hvem der har ansvar for implementeringen
- Instruktion af kernepersoner, der kan fungere som generatorer for implementeringen
- At slutbrugere af kvalitetsmonitoreringen deltager i processen med udvikling af kvalitetsindikatorer
- At personalet får instruktion og involveres i audit og feedback ved anvendelse af kvalitetsindikatoren
- At kvalitetsindikatorerne bliver offentliggjort via faglige selskaber og online
- At kvalitetsindikatorerne præsenteres på videnskabelige møder
- Tilpasning af eksisterende kvalitetsindikatorer til mere specifikke organisatoriske rammer
- Økonomisk styring af kvalitetsmonitoreringen

Det anses som vigtigt for implementering af kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet, at der er et etableret samarbejde og strategisk partnerskab omkring det. Det bliver anbefalet, at en implementeringsstrategi er en integreret del af processen med udvikling af kvalitetsindikatorer.

For at understøtte implementering af kvalitetsindikatorer kan følgende aktiviteter anvendes:

- Slutbrugere deltager i udvikling af kvalitetsindikatorer
- Pilottest
- IT-understøttelse
- Tydeliggørelse af ansvar
- Instruktion, audit og feedback
- Offentliggørelse via faglige selskaber og online samt præsentation på videnskabelige møder
- Tilpasning af eksisterende kvalitetsindikatorer
- Økonomisk styring af kvalitetsmonitoreringen

## 5.4 Øvrige aspekter

Litteraturen viser, at udvikling af kvalitetsindikatorer kan organiseres på forskellige måder.(5, 6)

Et internationalt studie med interviews af 15 metodekonsulenter og klinikere fremhæver, at de organisatoriske og kontekstuelle faktorer er vigtige for processen med at udvikle og implementere kvalitetsindikatorer.(6) Det anses som vigtigt, at setuppet omkring udvikling af kvalitetsindikatorer bliver organiseret omhyggeligt og sammen med relevante interessenter, samt at processen med udvikling af kvalitetsindikatorer er transparent.(6) Det beskrives ligeledes, at samarbejde og gensidig interesse mellem det kliniske og politiske niveau kan fremme udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer.(6)

Det er vigtigt, at der bliver taget en beslutning på strategisk niveau om at udvikle og implementere kvalitetsindikatorer, og at en dedikeret fagperson leder processen.(6) Den dedikerede fagperson bør have særlig ekspertise i at arbejde med kvalitetsindikatorer.(6) Der bør foregå en metodisk instruktion af processen for den gruppe af eksperter, som skal udvikle kvalitetsindikatorerne.(6) Et stærk lederskab kan facilitere processen med at udvikle kvalitetsindikatorer.(6)

Flere steder bliver det beskrevet, at det er tidskrævende at udvikle kvalitetsindikatorer, og at mangel på tid kan være en hindrende faktor.(6, 12) Generelt kan manglende ressourcer som økonomi, tid og ekspertise hindre udvikling af kvalitetsindikatorer og fx pilottestning.(6) Det kan fx være tidskrævende at opnå konsensus om det faglige indhold, at udarbejde dokumentation og dokumentationsvejledninger samt at pilotteste og understøtte implementering.(12)

Økonomiske incitamenter kan facilitere udvikling af kvalitetsindikatorer.(5)

### *Opmærksomhedspunkter*

Udvikling af kvalitetsindikatorer kan organiseres på forskellige måder.

Ud over de beskrevne elementer i afsnit 4 og 5 anses følgende aspekter som vigtige i forbindelse med udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer:

- Omhyggeligt organiseret setup sammen med relevante interessenter
- Transparent proces
- Samarbejde og gensidig interesse mellem det kliniske og politiske niveau
- At beslutning om at udvikle og implementere kvalitetsindikatorer tages på et strategisk niveau
- At en dedikeret fagspecialist i kvalitetsmonitorering leder processen
- Et stærk lederskab
- Ressourcer som økonomi, tid og ekspertise

Økonomiske incitamenter kan facilitere udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer.

## 6 Konklusion

Projektet "Forarbejde til kvalitetsmonitorering af kommunal rehabilitering" blev organiseret, så der fra projektets begyndelse blev skabt sammenhæng mellem den kommunale praksis, det politisk administrative niveau og infrastrukturen omkring de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser. Projektet blev ledet af projektet blev varetaget af metodekonsulenter i DEFACTUM med ekspertise i kvalitetsmonitorering og kommunal rehabilitering.

Der blev gennemført en interessentanalse ved projektets start for at identificere videnspersoner til projektet samt pege på relevante medlemmer i den faglige følgegruppe.

Den faglige følgegruppe blev etableret som en ekspertgruppe, der skulle sikre det faglige indhold i kvalitetsmonitoreringen samt relevans for den kommunale praksis og opbakning fra vigtige interessenter og faglige miljøer.

Kortlægning af formål 1 blev gennemført via grå litteratur samt tre interviews med KL, RKKP og Sundhedsdatastyrelsen. Det dannede baggrund for, at KL gennemførte en beskrivelse af organisering og lovgrundlag i relation til KL's kommende gateway.

Hovedfokus for denne rapport er den metodiske fremgangsmåde til kortlægning af formål 2, dvs. konsensus anbefalinger fra den faglige følgegruppe. Fremgangsmåden tog afsæt i en metodemodel til udvikling af kvalitetsindikatorer baseret på kliniske retningslinjer og alternativt eksisterende kvalitetsindikatorer og/eller ekspertkonsensus. Der blev afholdt 6 strukturerede møder i den faglige følgegruppe, og konsensus anbefalinger blev etableret via den systematiske konsensus metode RAND/UCLA, surveys og strukturerede gruppedrøftelser.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom blev sidestillet med kliniske retningslinjer i projektet på baggrund af et interview med Sundhedsdatastyrelsen.

Via den praktiske gennemførelse af projektet og opmærksomhedspunkter fra litteraturen, peger rapporten på, at udvikling af kvalitetsindikatorer kan organiseres forskelligt, men at nedenstående opmærksomhedspunkter er vigtige i processen.

Overordnet set anses følgende som vigtigt:

- At beslutning om at udvikle og implementere kvalitetsindikatorer tages på et strategisk niveau
- Samarbejde og gensidig interesse mellem det kliniske og politiske niveau
- Et omhyggeligt organiseret setup med relevante interessenter
- Transparent proces
- At en dedikeret fagspecialist i kvalitetsmonitorering leder processen
- Ressourcer som ekspertise, tid og økonomi, herunder kan finansielle incitamenter facilitere udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer
- Dokumentation, bl.a. af kvalitetsindikatoren (fx evidens samt tæller/nævner) og til at understøtte registreringspraksis (fx datadokumentation og dokumentationsvejledning)

Udvikling af kvalitetsindikatorer indeholder som oftest følgende trin:

- Definition af den faglige afgrænsning: Anvendte kriterier for at udvælge det kliniske fokus kan relatere sig til sygdommens/tilstandens prævalens, sygdomsbyrde, potentiale for kvalitetsforbedring, uvished om kvalitetsniveauet og økonomiske konsekvenser
- Identifikation af kliniske retningslinjer inden for den faglige afgrænsning: Det bliver anbefalet, at de kliniske retningslinjer bliver identificeret på baggrund af en systematisk søgning af relevante kliniske retningslinjer og en kritisk vurdering af evidens og metodiske kvalitet. Ekspertvurdering og eksisterende kvalitetsindikatorer kan også anvendes
- Udvælgelse af anbefalinger fra kliniske retningslinjer: Det varierer, om der foretages en udvælgelse af anbefalinger fra de kliniske retningslinjer, eller om alle anbefalinger medtages i den videre proces
- Udvælgelse af indikatorer:
  - Der anvendes ofte en systematisk konsensus metode som Delphi analyse eller RAND/UCLA, hvor et ekspertpanel udvælger et endelig sæt af kvalitetsindikatorer ud fra et sæt af potentielle kvalitetsindikatorer
  - Et vigtigt skridt i udvikling af kvalitetsindikatorer er at oversætte teksten fra den kliniske retningslinje til en operationaliserbar kvalitetsindikator samt at definere specifikke kriterier for, hvilke patienter/borgere der skal indgå i tælleren og nævneren
  - Ved sammenligning af kvalitet mellem enheder er det vigtigt, at de forskellige enheder indsamler data på nøjagtig den samme måde via standardiserede og deltaletterede dataspecifikationer og dokumentationsvejledninger. Det kan ligeledes være vigtigt, at der bliver justeret for eventuelle forskelle i patientsammensætning mellem de enheder, hvor kvaliteten skal sammenlignes
- Afprøvning af indikatorer: Det bliver anbefalet, at kvalitetsindikatorer afprøves i overensstemmelse med den tilsigtede anvendelse af indikatorerne, og at monitoring efter implementering bliver gennemført
- Implementering: Det bliver anbefalet, at en implementeringsstrategi er en integreret del af processen med udvikling af kvalitetsindikatorer. Rapporten peger på flere aktiviteter, der kan understøtte implementering af kvalitetsindikatorer, herunder pilot-test, audit og feedback samt IT-understøttelse, gerne i eksisterende datasystemer

Der bør sikres en dækkende og bred repræsentation af sundhedsfaglige- og metodiske kompetencer inden for kvalitetsmonitoreringens område i det ekspertpanel, som skal udvælge kvalitetsindikatorer. Det kan være relevant at kortlægge ekspertpanelets eventuelle interessekonflikter.



## 7 Referenceliste

1. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser (BEK nr 881 af 26/06/2018) [cited 2021 09-13]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202237>.
2. Region Midtjylland. Interview 2020 [cited 24-02-2020]. Available from: <https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/kernejdelse/forbedringsarbejde/metodekatalog/undersogelses--og-dataindsamlingsmetoder/interview/>.
3. Vejledning vedr. Kliniske kvalitetsdatabaser, version 2.1 [cited 2021 09-13]. Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-kliniske-kvalitetsdatabaser>.
4. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Viden til et bedre sundhedsvæsen, version 1.2. Aarhus N: RKKP; 2019.
5. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implement Sci.* 2012;7:21.
6. Nothacker M, Bolster M, Steudtner M, Arnold K, Deckert S, Becker M, et al. International experiences in the development and implementation of guideline-based quality indicators: a qualitative study. *BMJ Open.* 2021;11(1):e039770.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
8. Nationale kliniske retningslinjer (NKR) [cited 2021 09-13]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR>.
9. Bilag 1. Hvad er en national klinisk retningslinje (NKR)? [updated 2016-06-03; cited 2021 09-02]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb%20og%20kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Saadan%20udarbejdes%20NKR>.
10. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, et al. Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implement Sci.* 2016;11:6.
11. Humphrey-Murto S, Varpio L, Gonsalves C, Wood TJ. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. *Medical teacher.* 2017;39(1):14-9.
12. Svendsen ML, Lemvig KN, Søndergaard H. Kortlægning af kvalitetsindikatorer for kommunal rehabilitering. Region Midtjylland: DEFACTUM; 2019.
13. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. København; 2013.
14. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

15. Sundhedstypelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser til patienter med type 2 diabetes. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
16. Velkommen til siden for dokumentation af de nationale kliniske kvalitetsdatabaser [cited 2021 09-13]. Available from: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>.
17. Andersen TV, Lemvig KN, Søndergaard H. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. HjerteKomMidt. Rapportering af data fra kommuner i den midtjyske region for perioden 1. januar 2019 til 31. december 2019. Region Midtjylland: DEFACTUM; 2020.
18. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Projekt indhentning og anvendelse af data om kommunal KOL-rehabilitering. Pilotprojekt for fire kommuners KOL-rehabilitering, version 2.2., april 2020. Aarhus N: RKKP; 2018.
19. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD011273. DOI: 10.1002/14651858.CD011273.pub2. Accessed 13 September 2021.
20. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD003793. DOI: 10.1002/14651858.CD003793.pub3. Accessed 13 September 2021.
21. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JT, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481. Accessed 13 September 2021.
22. Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus; 2004.
23. Vejledning til FSIII Sundhedsfremme og forebyggelse, version 1.0. [updated 2019-12-20; cited 2021 09-13]. Available from: <http://www.fs3.nu/dokumenter/sundhedslov-119-140>.



