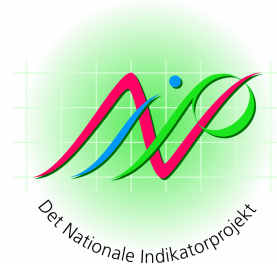


Det Nationale Indikatorprojekt: Hvad er det? Hvad får man? Hvad skal der ydes på afdelings-/sygehus- og regionalt niveau?



Revideret 14. december 2007

Det Nationale Indikatorprojekt er et kvalitetsudviklingsprojekt, der i 1999 blev oprettet af de videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, de daværende amter og H:S, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet med det formål at fremskaffe korrekte data vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet og sikre sundhedsfaglig analyse og fortolkning af disse data.

Danske Regioner sikrer rammerne for drift og prioritering af projektets opgaver. Projektet drives af regionerne, der både har ansvaret for udgifterne til den centrale enhed (NIP-sekretariatet) og de udgifter, der må komme i forbindelse med lokal implementering.

Afdelingsledelse, sygehusledelse og regional ledelse skal tæt og tidligt involveres i projektets gennemførelse i relation til de enkelte sygdomsområder, der er omfattet af NIP, da resultater fra projektet er relevante som ledelsesinformation på såvel afdelings- som sygehus- og regionalt niveau. Desuden kræves der frigørelse af ressourcer og – måske – omlægning af kliniske arbejdsgange og rutiner, hvilket fordrer ledelsesmæssig involvering og bevågenhed.

Nærværende beskrivelse er en kortfattet sammenfatning til de involverede klinikere og ledelsessystemet om projektets leverancer og forventninger til de involverede. For en mere uddybende beskrivelse henvises til "NIP-håndbogen".

Hvad skal data bruges til?

1. Bidrage til det kliniske teams viden om udført sundhedsfaglig kvalitet og identificere områder med behov for forbedringer.
2. Indgå i afdelingernes ledelsesinformationssystem. Hovedparten af de valgte indikatorer drejer sig om processer (CT-scanning udført, tid fra indlæggelse til operativt indgreb). Disse data kan anvendes til styring af daglige arbejdsprocesser i afdelingen. Med baggrund i dette giver projektet fortløbende tilbagemelding på indikatoropfyldelse, månedsvist eller kvartalsvist, i form af standardrapporter.
3. Dialog mellem afdelingsniveau/sygehusniveau og forvaltning/politisk niveau.
4. Offentliggørelse af data med henblik på borgerinformation.

Punkterne 2 og 3 kræver, at data er analyserede og korrigerede for forskelle i patientsammensætning, når der skal foretages sammenligninger på tværs af afdelinger/sygehuse/regioner. Samtidig er det et krav, at data minimum én gang årligt underkastes en sundhedsfaglig vurdering fra de afdelinger, der har indberettet data (klinisk audit), idet det skal præciseres, at det drejer sig om indikatorer, der skal fortolkes for at give et reelt billede af den faglige kvalitet.

Offentliggørelse af data foregår én gang om året, efter afholdelse af klinisk audit, og sker i en rapportform, der både giver adgang til de analyserede data og indeholder den faglige vurdering. Offentliggørelsen foregår desuden både i en sundhedsfaglig version og en borgerorienteret version.

Det Nationale Indikatorprojekt: Hvad er det? Hvad får man? Hvad skal der ydes på afdelings-/sygehus- og regionalt niveau?

Hvad får man på afdelingsniveauet?

1. Månedlig/kvartalsvis tilbagemelding på indberettede data i form af indikatoropfyldelse i relation til fastsatte standarder (standardrapport).
Indikatorsættet er valgt af klinikere, udpeget af videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger og andre relevante fagpersoner. Valget af indikatorer er sket under hensyntagen til evidens og praktisk brugbarhed. Der er gennemført pilottest på indikatorsættet i udvalgte testafdelinger forinden den nationale implementering finder sted.
2. Årlig tilbagemelding på analyserede data (årsopgørelse).
Ved denne tilbagemelding er der foretaget en klinisk epidemiologisk, biostatistisk analyse, hvor data korrigeres for patientpopulationens sammensætning, sådan at sammenligning i forhold til kvalitetsstandarder og andre afdelingers data bliver mulig. Desuden indeholder tilbagemeldingen en sammenligning med forudgående opgørelsesperioder, således at man kan følge udviklingen over tid.
3. Internetbaseret program til indrapportering.
Registreringsskemaer, registreringsvejledning, datadefinitioner, dokumentation af evidens for datas anvendelighed til kvalitetsudvikling kan hentes på projektets hjemmeside: www.nip.dk
4. Bistand fra centralt sekretariat (NIP-sekretariatet) ved spørgsmål i forhold til dataindberetning (af både sundhedsfaglig og IT-teknisk karakter).
5. Introduktion til implementeringsopstart i form af regionale implementeringskonferencer.

Hvad kræves af afdelingen?

1. Registrering af data igennem patientforløbet.
Indikatorsættet er valgt, således at langt de fleste data indgår i rutinemæssig klinisk praksis.
2. Indtastning af data via Internettet. For nogle sygdomsområder vil dataindtastning foregå via eksisterende indberetningssystemer (kliniske kvalitetsdatabaser, LPR).
3. Organisering af dataregistrering og indtastning på afdelingsniveau.
Det er påkrævet med faglige og ledelsesmæssige tovholdere (speciallæge, sygeplejerske, evt. ledende sekretær). Disse "NIP-nøgelpersoner" har til opgave at sikre opfølgning således, at der leveres komplette korrekte data ind til databasen, fortolke og formidle uddata i forhold til afdelingsledelse/sygehusledelse og sikre afdelingens kontakt til det centrale indikatorprojekts sekretariat.
4. Anvendelse af data i kvalitetsarbejdet, f.eks. ved konferencer og undervisning.

Hvad kræves af regionen/sygehuset/den funktionsbærende enhed?

1. I forbindelse med implementering af nye sygdomsområder er det praktisk, at der sker regional koordinering, både i forbindelse med start på data indberetning og i forbindelse med fortolkning af data (klinisk audit). Denne fortolkning foregår i form af auditrunder, som arrangeres af den regionale kontaktperson.
2. Løbende efterspørgsel af data i forbindelse med planlægning.