

Klinisk kvalitetsudvikling og indicatorsæt i RKKP's kliniske kvalitetsdatabaser

Oktober 2021

Foreløbigt notat

Vejledende principper for indicatorsæt i RKKP

Baggrund

Klinisk kvalitetsudvikling

Formålet med de kliniske kvalitetsdatabaser er at belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter for derigennem at bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling. Arbejdet har grundlag i Sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser. Regioner, kommuner, private og institutioner, der driver sygehuse mv., har ifølge loven indberetningspligt til de kliniske kvalitetsdatabaser efter nærmere fastsatte regler. Indberetning til kvalitetsdatabasen kan ske uden patientsamtykke (1).

De første danske kliniske databaser er etableret af klinikere, som er interesserede i at få overblik over patienternes behandling og kliniske resultater inden for deres sygdomsområde. Det aktuelle fokus er på at understøtte udvikling af høj og ensartet kvalitet i behandlingsforløbet på tværs af landet og forudsætter, at data fra monitoreringen i databaserne omdannes til information og viden, der kan bruges i en løbende forbedringsindsats.

RKKP's indsats skal ultimativt have en effekt på patienter og borgeres helbred og livskvalitet. En forudsætning herfor er, at den frembragte viden bliver anvendt. Sundhedsprofessionelle og medlemmerne af databasernes styregrupper er den primære målgruppe for RKKP's monitorering. De bruger resultaterne til løbende udvikling af kvaliteten i dagligdagen for den relevante patientpopulation, herunder til validering af databasens data og til dialog med ledelsen. Resultaterne anvendes også af andre interessenter, herunder ledelser på forskellige niveauer, der anvender information fra databaserne til styring og til at understøtte deres ledelsesmæssige ansvar for gode resultater og oplevelser i sundhedsvæsenet. Monitoreringen kan ligeledes skabe gennemsigtighed omkring den kvalitet sundhedsvæsenet leverer for patienter og borgere.

Kvalitetsbegrebet

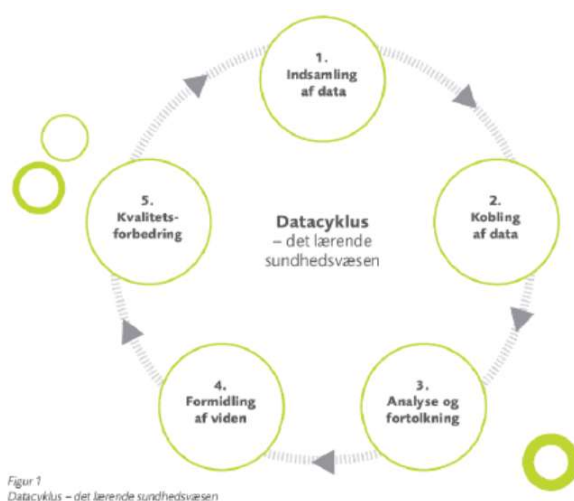
RKKP tager afsæt i internationale forståelser af kvalitetsbegrebet og bruger ordet kvalitet som en samlebetegnelse, der kan dække over seks kvalitetsdimensioner (2-3):

- Patientsikkerhed: forhindre at patienterne påføres skade som følge af sundhedsvæsenets indsats
- Effektivitet: sikre højest mulige overlevelse og livskvalitet baseret på evidensbaserede ydelser til alle
- Patientcentrering: indsatsen ydes i respekt og overensstemmelse med den enkelte patients præferencer, behov og værdier og patientens værdier vejleder alle kritiske beslutninger
- Rettidighed: reducerer ventetider og skadelige forsinkelser
- Omkostningseffektivitet: højst mulig værdi for patienterne for givne ressourcer, bl.a. ved at undgå spild
- Lighed: sikre at den kliniske indsats ydes på lige vilkår og uafhængig af køn, etnicitet, geografi og socioøkonomisk status
- Sammenhæng: forløb koordineret på tværs af sektorer, behandlere og i hele patientens livscyklus

Kvaliteten kan anskues i et klinisk, et patientoplevet og et organisatorisk perspektiv. I RKKP databaser har det kliniske perspektiv været fremherskende, men vi arbejder for, at patientperspektivet kommer til at fylde stadig mere. Uanset dimension og perspektiv er der i RKKP et ønske om at kunne monitorere hele patientforløbet og indsatsen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer (speciallægepraksis, almen praksis, hospital, kommune).

Kvalitetsforbedring

RKKP's strategi *Viden til et bedre sundhedsvæsen* sætter retningen for RKKP's arbejde i perioden 2019-23¹ (4). Strategien beskriver, hvordan RKKP's arbejde bygger på principperne i det lærende sundhedsvæsen. Afgørende heri er, at RKKP ikke blot indsamler og kobler data, men at data tillige underkastes analyse, fortolkning og refleksion, samt at udvalgte resultater (gode som dårlige) identificeres, formidles og adresseres én eller flere modtagere, så de kan anvende dem til kvalitetsudvikling. Den frembragte viden kan f.eks. have karakter af excellente resultater, opnåede forbedringer, utilstrækkelig målopfyldelse eller geografisk variation. Denne viden deles i den løbende afrapportering og årsrapporter med henblik på læring, handling og ultimativt på kvalitetsforbedring.



De kliniske kvalitetsdatabaser giver mulighed for en ensartet national monitorering af kvaliteten og i forlængelse heraf for benchmarking og læring på tværs af landet. Målgruppen og anvendelsesformålet er afgørende for, hvor hyppigt og hvordan data skal analyseres og viden formidles. Den gennemgående tænkning i arbejdet er en forbedringsmodel med følgende elementer (5-6):

- Sæt mål (standard)
- Etabler måling (indikator)
- Vælg ændring (intervention)
- Afprøv ændring
- Vurdering (audit)

Indsatsen i RKKP er fokuseret på at skabe national enighed om kvalitet og udfordringer på det aktuelle sygdomsområde, og på måling, vurdering og rapportering af resultater. RKKP har ligeledes en rolle i at facilitere dialogen om, hvilke handlinger der bedst kan sættes i værk og i at levere lettilgængelig og forståelig viden til dem, der kan handle på resultaterne. Afprøvning af ændringer sker i sundhedsvæsenet med involvering af både ledelser og sundhedsprofessionelle.

I forlængelse af ovenstående skal vi være opmærksomme på, hvad vi måler, hvorfor vi måler, og på hvordan disse målinger kan bidrage til kvalitetsforbedring. De tre arketyperiske interesser for måling i sundhedsvæsenet kan beskrives som (modificeret efter 7):

¹ Strategiperioden blev i 2020 forlænget med et år og omfatter nu perioden 2019-23.

- **Klinisk udvikling:** man ønsker aktuel viden om lokale processer og resultater. Resultater er typisk målrettet sundhedsprofessionelle tæt på patienterne og rettet imod praksisnær læring med direkte kobling til forbedringsindsats. I et forbedringscyklus-perspektiv gentages målingen og resultaterne gøres tilgængelige, så det er muligt følge udviklingen i kvaliteten.
- **Ledelse:** man ønsker information der dokumenterer, at der leveres ydelser af rette kvalitet, og man bruger information som led i varetagelsen af et ledelsesansvar for kvaliteten af de kliniske ydelser. Der etableres systemer for gentagne målinger og løbende monitorering af kvaliteten, f.eks. med visning af resultater i et Business Intelligence system.
- **Forskning:** man ønsker at skabe ny generaliserbar viden, f.eks. som grundlag for kliniske retningslinjer. Målingerne gentages sjældent, og oftest hvor man ønsker en verifikation af det videnskabelige resultat. Resultater er typisk målrettet et videnskabeligt trænet publikum og publiceres typisk i tidsskrifter. Man arbejder ofte med en lang tidshorisont på vidensproduktionen.
- **Patientens og borgerens indsigt i sundhedsvæsenet:** Informationen fra udviklingsarbejde, ledelsesinformation og forskning er tilgængelige for offentligheden. Formidling heraf sker oftest efter en redaktionel bearbejdning i nyhedsmedier, tidsskrifter og sociale medier.

Alle disse interesser er repræsenteret i databaser i RKKP. Historisk har forskning fyldt meget, da mange i databasernes styregrupper primært er trænet i forskerperspektivet og også kan have en interesse i at belyse klinisk effekt under kontrollerede forhold, hvor man tilgodeser den interne validitet. RKKP's strategiske fokus tilsiger imidlertid, at den kliniske udvikling og ledelsesperspektivet fylder mere, herunder at vi fokuserer på effekt og værdi for patienterne i daglig klinik, besvarer spørgsmål om variation i processer eller resultater og lægger vægt på grafiske visninger af data. Den viden RKKP producerer skal ikke kun beskrive tidligere aktivitet men også understøtte forudsigelser om processer og resultater i fremtiden.

Kliniske kvalitetsdatabaser danner grundlag for **indikatorbaseret kvalitetsmonitorering og -udvikling**, med afsæt i følgende centrale elementer (3, 5):

Standarder

Det mål der evalueres i forhold til, når en ydelses kvalitet vurderes – i RKKP et mål for det efterstræbte kvalitetsniveau.

Indikatorer

Målbare variable der afspejler kvaliteten og som anvendes til at følge denne over tid.

Audit

Fagpersoners gennemgang og vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser med henblik på at afdække tilfredsstillende forhold og forbedringspotentialer.

Hvorfor fokus på indikatorsæt

RKKP er optaget af, at der er 'gode indikatorsæt' i de kliniske kvalitetsdatabaser, herunder at databasernes målinger understøtter kvalitetsudvikling i et patientcentreret sundhedsvæsen, bygger på den bedst mulige evidens² og er retvisende.

Indikatorerne danner grundlag for, at indsamlede data transformeres til information og viden, der kan anvendes af RKKP's brugere: sundhedsprofessionelle, styregrupper, ledelser samt patienter og borgere.

² Evt. sammenfattet i kliniske retningslinjer

Roller i forhold til at etablere gode indikatorsæt

Kvalitetsdatabasernes styregrupper har mandat til og ansvar for at definere og beslutte indikatorsæt og population i de enkelte databaser, herunder for at identificere klinisk relevante målinger, sikre konsensus om indikatorerne, foretage fortolkning ind i en klinisk kontekst samt etablere fagligt engagement i forhold til både måling og forbedring.

Databaseteamet i RKKP skal som en del af styregruppen rådgive og understøtte klinikerne via løbende dialog om valg af indikatorer med afsæt i evidens samt ekspertviden om data, kvalitetsudvikling og epidemiologisk ekspertise.

De forskellige kompetencer og perspektiver i styregruppen supplerer hinanden og bidrager tilsammen til, at indikatorsættene i de kliniske kvalitetsdatabaser bliver anvendelige i forhold til kvalitetsudvikling.

Etablering af indikatorsæt

Valg af indikatorer og sammensætning af indikatorsæt foretages i en proces, der bl.a. bidrager til afklaring af disse centrale spørgsmål (8):

- Hvad vil vi vide om hvem - hvilke spørgsmål skal besvares?
- Hvad vil vi opnå - hvor er der forbedringspotentialer?
- Hvordan måler vi det - hvad er de vigtigste målepunkter?
- Hvordan kan vi præsentere målingerne og understøtte relevant handling?
- Overvejelser vedr. det samlede indikatorsæt

Dokumentation, test og implementering af indikatorer er også elementer i etablering af gode indikatorsæt. Disse databasenære processer beskrives i RKKP-håndbogen (9).

Rækkefølgen af procestrinene kan variere og gennemføres sjældent som en lineær proces; drøftelse af hvad og hvem der ønskes viden om kalder til tider på samtidig afklaring af, hvordan det kan måles og hvilke data der er tilgængelige, mens den konkrete målsætning (hvad vil vi opnå) ikke sjældent fastsættes senere i processen. I det følgende beskrives procestrinene i ovennævnte rækkefølge velvidende at rækkefølgen kan variere.

Hvad vil vi vide om hvem?

Dialogen i databasens styregruppe om population og indikatorsæt handler i udgangspunktet om, at definere centrale kvalitetskarakteristika i patientforløbet, herunder de elementer som klinikerne finder afgørende for, at de kan karakterisere kvaliteten på området som høj og ensartet på tværs af landet. Patientrepræsentanter og patienttilfredshedsundersøgelser kan bidrage til, at der fokuseres på kvalitetselementer, der har særlig værdi for patienterne.

Som grundlag for dialogen udarbejdes en evidensrapport jf. RKKP's principper herfor (10 - under udarbejdelse). Evidensrapporten skal bidrage til at indikatorerne afspejler den bedste viden (indekseret og 'grå' litteratur) på området, herunder relevante kliniske retningslinjer³.

Nogle gange har klinikerne og patienter umiddelbart en fornemmelse af, hvilke dele af patientforløbet der rummer det største potentiale for monitorering og forbedring. Går man systematisk til værks kan dialogen f.eks. understøttes ved at gennemgå patientforløbet og spørge ind til kendte kvalitetsproblemer i de forskellige dele af forløbet, altså hhv. screening, udredning, diagnostik, behandling, palliation, rehabilitering og opfølgning. Kvalitetsbegrebets forskellige dimensioner kan evt. indgå i drøftelsen, f.eks. med spørgsmål som:

- Når vi kigger på behandlingsdelen af forløbet, er der så udfordringer i forhold patienternes sikkerhed?
- Er der kendte forskelle i livskvalitet, sygelighed eller overlevelse, som kan tilskrives (forskelle i) behandlingen?

³ Begreberne 'behandlingsvejledninger' eller 'guidelines' anvendes til tider synonymt med begrebet 'kliniske retningslinjer'

- Får patienterne den anbefalede behandling jf. kliniske retningslinjer på området?
- Hvordan er de patientvurderede resultater af behandlingen?

Dialogen kan på denne måde indkredse områder, hvor monitoringen kan bidrage til læring på tværs af landet, hvis der er enheder der klarer sig markant bedre end resten. Dialogen kan også komme ind på områder, hvor der ikke leveres det ønskede kvalitetsniveau, hvor der er forventning om geografisk variation, social ulighed, indikationsskred eller hvor der er en ny praksis eller en ny behandling.

Der kan være forskellige perspektiver i styregruppen på, hvad der er de centrale kvalitetskaraktistika, så en del af dialogen handler om at skabe konsensus. Gruppen bør også forholde sig aktivt til, hvorvidt forskellige fagligheder og patientperspektivet er tilstrækkeligt repræsenteret i gruppen og afspejlet i de valgte kvalitetsaspekter.

Når kvalitetskaraktistika for en nærmere defineret patientpopulation er indkredset, giver det mening at drøfte, om der findes kendte løsninger på de identificerede områder, f.eks. med spørgsmål som 'Hvad kan man gøre ved det?' eller 'Er der evidens for, hvad der er det bedste at gøre?'. Monitorering uden mulighed for at kunne handle på de målte resultater er u hensigtsmæssig i en udviklingskontekst.

Hvad vil vi opnå?

Med afsæt i drøftelserne af de centrale kvalitetsaspekter drøfter styregruppen, hvad man ønsker at opnå med kvalitetsudviklingen (det kunne f.eks. være reduktion af tryksår), herunder hvad det nationale mål for kvalitetsudviklingsindsatsen er (f.eks. at tryksårshraten er mindre end 1%). Sagt på en anden måde defineres standarden eller 'den gode kvalitet', som den ønskes leveret i hele landet. I de kliniske kvalitetsdatabaser kan der undtagelsesvis optræde indikatorer uden standarder men med tydelig angivelse af forbedringsretning.

Standarden muliggør vurdering af og dialog om kvaliteten og kan fastsættes på forskellige måder. Standarden kan afspejle grænsen mellem det acceptable og uacceptable, et ambitiøst udviklingsmål eller et niveau derimellem. Niveauet fastsættes af styregruppen og er grundlæggende set en værdinorm. Nogle gange kan evidens informere standardfastsættelsen, andre gange vil ekspertkonsensus, værdier eller politiske målsætninger være styrende. I RKKP tilstræber vi, at standarder er realistiske udviklingsmål, der udtrykker det niveau, man stræber efter at opnå.

Kendte barrierer for opfyldelse af standarden – f.eks. ressourcer eller strukturer - kan med fordel drøftes og indgå i analyse og fortolkning. Ideelt set fastsættes også tidspunkt for, hvornår standarden forventes opfyldt. Synonymt til standard anvendes betegnelser som kvalitetsmål, grænseværdi, tærskelværdi eller referenceværdi. RKKP bruger primært begrebet standard.

Hvordan måler vi det?

Målingen bruges til både udvikling, evaluering og synliggørelse af kvaliteten i patientforløbet og tager afsæt i indikatorer, der beskriver sundhedsvæsenets indsats og opnåede resultater. Målingen skal i forlængelse heraf danne grundlag for dialog og læring ved at belyse, hvorvidt kvalitetsudviklingsmålet (standarden) er nået.

Valg og specifikation af indikatorer tager afsæt i bedste evidens som beskrevet i RKKP's principper for udarbejdelse af evidensrapport (også kaldet dokumentalistrapport) (10) og retningslinjeafledte indikatorer (11). I indikatorvalget indgår tillige stillingtagen til evt. anvendelse af standardiserede indikatorer på tværs af forskellige databaser, relevante nationale eller internationale retningslinjer og evt. benchmarking, dvs. sikring af sammenlignelighed med relevante lande. Overvejelser omkring monitoreringsønsker fra andre kvalitetsudviklingsindsatser, f.eks. i relation til værdibaseret sundhed eller lærings- og kvalitetsteams bør også indgå i styregruppens overvejelser.

I relation til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet inddeles indikatorer i tre typer (12, 13):

- Strukturindikatorer - afspejler sundhedsvæsenets karakteristika, f.eks. antal medarbejdere, senge eller apparatur

- Procesindikatorer - afspejler aktiviteter sundhedsvæsenet leverer i et patientforløb, f.eks. efterlevelse af kliniske retningslinjer, levering af specifikke ydelser eller forløbstider
- Resultatindikatorer - afspejler patientens helbreds niveau efter sundhedsvæsenets indsats, f.eks. overlevelse, fysisk og psykisk helbred eller livskvalitet.

Indikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser tilhører disse tre kategorier, idet ønsket er indikatorer, der umiddelbart kan anvendes til kvalitetsudvikling.

En særlig form for resultatmål er patientrapporterede outcome data (PRO-data). PRO-data er oplysninger om patientens helbred - fysiske og mentale helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau - der kommer direkte fra patienten selv. De besvarer med andre ord spørgsmålet 'hvordan har jeg det'. Oplysningerne opsamles typisk via spørgeskemaer opsamlet i klinikken og afspejler patienternes egen vurdering af resultatet af sundhedsvæsenets indsats (14). PRO-data må ikke forveksles med patientoplevelser (patient reported experience measures, PRE-data), der beskriver patienternes tilfredshed og oplevelser i sundhedsvæsenet.

I sundhedsvæsenet efterspørges hyppigt resultatindikatorer⁴ (hvordan går det patienterne?). I relation til kvalitetsudvikling vil der dog ofte være behov for at følge processer (får patienterne de planlagte ydelser?) for at kunne forklare, hvorfor det går patienterne forskelligt og dermed kunne igangsætte handlinger for at forbedre kvaliteten. Det gode indikatorsæt vil ofte være balanceret på de forskellige indikatortyper og tilstræbe et antal indikatorer, der er i overensstemmelse med et realistisk omfang af tilhørende klinisk kvalitetsudviklingsaktivitet. En tommelfingerregel i RKKP er at indikatorsæt består af ca. 5-15 indikatorer. Databasestyregruppen kan vælge at supplere databasens variable med forklarende eller prognostiske data, der f.eks. anvendes til stratificering eller justering for forskelle i patientsammensætningen. De supplerende variable er ikke en del af indikatorsættet men kan anvendes i årsrapporter og i den løbende afrapportering.

Stillingtagen til ønsket indikatortype (struktur, proces, resultat) ledsages af specification af indikatoren. Det vil ofte være muligt at specificere forskellige indikatorer på baggrund af det konkrete kvalitetsaspekt og det ønskede mål. Styregruppen skal i fællesskab vælge de indikatorer, der bedst belyser, det der ønskes opnået.

Som led i indikatorvalg operationaliseres disse med specification af indikatorens navn, type, tæller, nævner, indgående data, datakilder, standard, beregningsregler, risikojustering samt opgørelsesfrekvens. I operationaliseringen indgår også beslutning om indikatorens format, herunder hvorvidt der anvendes andele, antal eller målinger. I RKKP anvendes primært indikatorer af typen andele, da disse erfaringsmæssigt er lettest at fortolke.

I forbindelse med operationaliseringen skal det tilstræbes at indikatorerne:

- Er relevante og klinisk meningsfulde: den kvalitetsdimension der måles, skal være vigtig for patienter og professionelle, have klinisk betydning og tage højde for potentielle risici og utilsigtede incitament
- Hviler på et solidt videnskabeligt grundlag: er valide, entydigt defineret, pålidelige, besidder statistisk skelneevne, har høj dækningsgrad og evt. oplysninger om risikojustering
- Er målelige og operationelle: data er tilgængelige og indsamlingen er forbundet med et ressourcetræk, der står mål med udbyttet (primært genbrug af eksisterende data). Resultaterne skal kunne fortolkes af sundhedsprofessionelle, ledelser samt patienter og borgere.

Hvordan præsenterer vi resultaterne så de understøtter forbedring?

Måling i sig selv fører ikke til forbedring. Målingerne skal bearbejdes, resultaterne synliggøres og den frembragte viden anvendes. Når indikatoren er velbeskrevet, drøfter styregruppen, hvordan indikatoren bedst præsenteres for de forskellige målgrupper – klinikere, ledelser, patienter og borgere – med henblik på at understøtte læring og

⁴ Betegnelsen 'effekt mål' anvendes af nogle synonymt til ordet 'resultatindikatorer'.

kvalitetsudvikling. Præsentationen af resultaterne er standardiseret ved brug af fælles makroer for at få en effektiv og konsistent proces.

Drøftelsen af præsentationen omhandler primært årsrapporten og den tilhørende one-pager, da visning af resultaterne i den løbende afrapportering varetages af Business Intelligence systemer i regioner og kommuner. Drøftelsen læner sig op ad RKKP's principper for udarbejdelse af årsrapporter (15), idet der bl.a. tages stilling til visning i figurer og tabeller. Inspiration kan evt. hentes i principperne bag statistisk proceskontrol (6, 8).

Præsentationen af kvalitetsudfordringer eller opnåede forbedringer kobles til en eller flere 'modtagere', der kan bruge den frembragte viden til kvalitetsudvikling. Som led heri tilstræbes det at gøre det let for de rette aktører at finde den viden de skal bruge.

Overvejelser vedr. det samlede indikatorsæt

Sammensætning af et godt indikatorsæt afhænger som tidligere nævnt af både målgrupper og formål med monitoreringen. Man kan let blive grebet af ønsket om at vide noget om alt inden for et givent sygdomsområde, men ofte vil der være behov for en prioritering af det der monitoreres, da ressourcerne til kvalitetsudviklingen typisk er begrænsede.

RKKP anbefaler, at man i sammensætningen af indikatorsættet fokuserer på de vigtigste kvalitetsmål, jf. tommelfingerreglen om indikatorsæt bestående af 5-15 indikatorer. Styregruppen har ansvar for, at indikatorsættet mindst hvert 3. år revurderes og opdateres med afsæt i evt. ny evidens, herunder tager stilling til, om nogle indikatorer kan udgå, f.eks. hvis standarden har været opfyldt stabilt i en periode på alle steder.

For at sikre den kliniske forankring og anvendelse, er den kliniske relevans og det tilhørende engagement afgørende for indsatsen. Databasens team og den øvrige styregruppe forventes at facilitere en bredere drøftelse af, hvilke af de valgte mål der på en meningsfuld måde kan formidles til klinikere og ledelser (klinik, sygehus, kommune, region, nationalt) samt til patienter og borgere og med hvilken frekvens.

Dialog med interessenter

På et passende tidspunkt i processen omkring udarbejdelsen af indikatorer og fortolkningen af resultaterne er det ønskværdigt at styregruppen varetager en dialog med omverden for at skabe legitimitet, forståelse og opbakning til indikatorsættet og kvalitetsarbejdet. Mulige fora og formater til dette kan være implementeringsmøder, oplæg i faglige miljøer og ved videnskabelige selskabers årsmøder, og ved kommunikation i faglige tidsskrifter.

Litteratur

1. Sundhedsdatastyrelsen. *Kliniske kvalitetsdatabaser [internet]*. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2021. Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-kliniske-kvalitetsdatabaser>
2. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
3. *Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed*. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. 3. udg., september 2018. <https://dsk.dk/wp-content/uploads/2018/09/Metodeh%C3%A5ndbog-12-09-2018.pdf>
4. *Viden til et bedre sundhedsvæsen. RKKP strategi 2019-2023*. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2019. <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/retning-og-mal/strategi-og-maalsatninger/>
5. *RKKP's metodehåndbog. Håndbog i Klinisk Kvalitetsforbedring*. Version 2.1. Eds. Bartels P, Lipczak H, Anhøj J, Antonsen K, Utzon J, Johnsen SP, Nielsen KA. Aarhus, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram 2016. <https://www.rkkp.dk/siteassets/kvalitetshandbog/pdf-udgave/klinisk-kvalitetshaandbog-version-2.2-sep2016.pdf>
6. Anhøj J. *Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og Redskaber*. København, Munksgaard 2015
7. Solberg LI, Mosser G, McDonald S. *The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research*. Jt Comm J Qual Improv 1997 Mar;23(3):135-47.

8. Lloyd RC. *Quality Health Care – a guide to developing and using indicators*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2019.
9. *Intern RKKP håndbog om databaseprocesser*:
<file:///N:\Afdeling\SUNRKKUP\NyRKKP\RKKP%20håndbog%20over%20databaseprocesser/>
10. RKKP. *Principper for udarbejdelse af evidensrapport* (under udarbejdelse)
11. RKKP. *Principper for retningslinjeafledte indikatorer* (under udarbejdelse)
12. Lipczak H. *Kliniske retningslinjer og databaser*. I: Jørgensen P, Kjølby M og Jensen JW eds *Forskning, kvalitet og klinisk praksis*. København, Gyldendal, 2021.
13. Mainz J. *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(6): 523-30.
14. RKKP. *Patientrapporterede oplysninger [internet]*. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram; 2021; Available from: <https://www.rkkp.dk/om-rkkp/retning-og-mal/patientinvolvering/patientrapporterede-oplysninger-pro-i-kvalitetsdatabaserne/>
15. RKKP. *Indholdsbeskrivelse årsrapporter* (under udarbejdelse) [LINK TIL HJEMMESIDE](#)