Er variation et kvalitetsproblem eller god kvalitet? Skaber standardisering lighed eller ulighed?

Jan Mainz, programdirektør, Professor, Ph.D., MPA
Jens Winther Jensen, direktør, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Søren Valgreen Knudsen, læge, Ph.D., seniorforsker, forperson DSKS

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Variation i sundhedsvæsenets aktiviteter og procedurer er reglen snarere end undtagelsen

- Variation forekommer i forbindelse med diagnostik, procedurevalg, behandling, komplikationer og indlæggelsestid
- I sundhedsvæsenet er der variationer på lokalt, regionalt og internationalt niveau
- På individniveau er der intra – og interobservatørvariationer
- Variation er ikke et nyt fænomen

Variation er ikke et nyt fænomen

- **Tonsillektomi**
- Fra begyndelsen af 1900-tallet blev der foretaget flere og flere tonsillektomier i England og Skotland. For børn med velhavende forældre blev det i en alder helt ned til 5 år sædvane at fjerne mandlerne. Der blev således skabt en trend for fjernelse af mandler blandt størstedelen af børn og unge, da der i denne alder ofte sås svulne mandler i forbindelse med kataralia (symptomer fra øvre luftveje), hvor for man anså det som et vigtigt indgreb for at undgå sygdomme i øvre luftveje. *Firedobbelt variation på skoler, der lå få hundrede meter fra hinanden*.
- I 1936-37 blev 4000 baskiske børn sendt til England pga. uroligheder i hjemlandet som følge af den spanske borgerkrig. De baskiske børn havde ikke fået fjernet mandlerne. Børnene blev undersøgt af engelske læger, og det viste sig, at disse børn ikke fik flere sygdomme i øvre luftveje end de engelske børn, der havde fået fjernet mandlerne. *Dette "naturlige" eksperiment inspirerede til et paradigmeskift i forekomsten af tonsillektomier, således at omfanget af tonsillektomier blev reduceret i England*.
- In 1885 that great physician Goodhart said, "It is comparatively seldom that an operation is necessary, and fortunately so, for parents manifest great repugnance to it. Children grow out of it, and at 14 or 15 years of age the condition ceases to be a disease of any importance".

Kilde: Glover AJ. The incidence of tonsillectomy in school children. Int J Epidemiol 2008;37:9-19

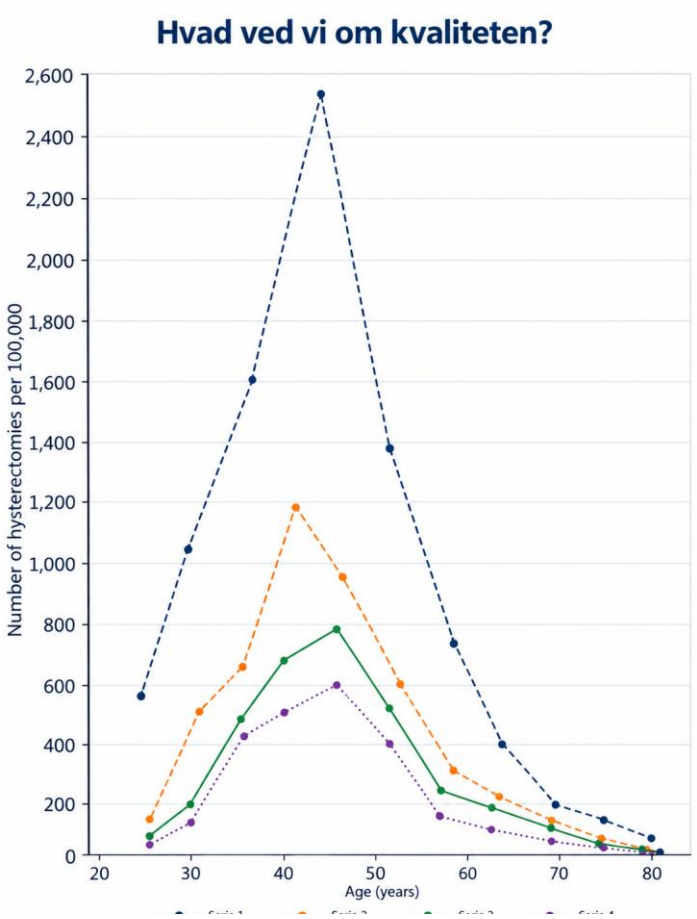
Mainz J. Mainz J. Evidens og Kvalitet. I: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling, Munkksgaard, 2024

Variation er ikke et nyt fænomen

- John Wennberg er verdensmesteren i analyse a variation i sundhedsvæsenet
- Han var drivkraften bag det såkaldte Darthmouth Atlas, hvor mere end 300 sygehusdistrikter i USA løbende bliver sammenlignet.
- Wennberg opdeler klinisk aktivitet i tre hovedkategorier, der bør analyseres hver for sig, både ud fra et klinisk, et patientmæssigt og et sundhedsøkonomisk perspektiv:
- *Effective care* er indikationer, hvor der er klar dokumentation for, at fordelene ved en given behandling er langt større end risiciene. I disse tilfælde er den korrekte behandling, at alle med den givne indikation behandles.
- *Preference sensitive care* er indikationer, hvor der er alternative behandlingsmuligheder, og hvor brugerens standpunkt er afgørende i at stille indikationen. Til den kategori hører bl.a. flere typer elektiv kirurgi.
- *Supply sensitive care* eller udbydersensitive indikationer er den tredje kategori, hvor indikationsstillelsen vidtgående er afhængig af kapaciteten i det samlede sundhedsvæsen. Roemers lov (Stærekasseeffekten)
- Wennberg estimerer, at 15% af aktiviteterne i USA tilhører den første kategori, 25% den anden kategori, mens 60% tilhører den udbydersensitive kategori.
- *”Much of the variation in use of healthcare is accounted for by the willingness and ability of doctors to offer treatment rather than differences in illness or patient preference. Identifying and reducing such variation should be a priority for health providers”.*

- Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 2011;342:d1513.
- Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher`s quest to understand health care. Oxford: Oxford University Press, 2010.

Variation er ikke et nyt fænomen

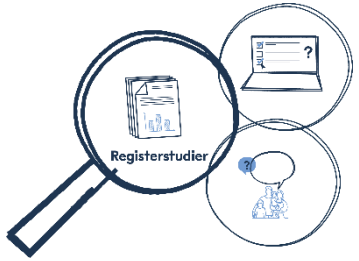


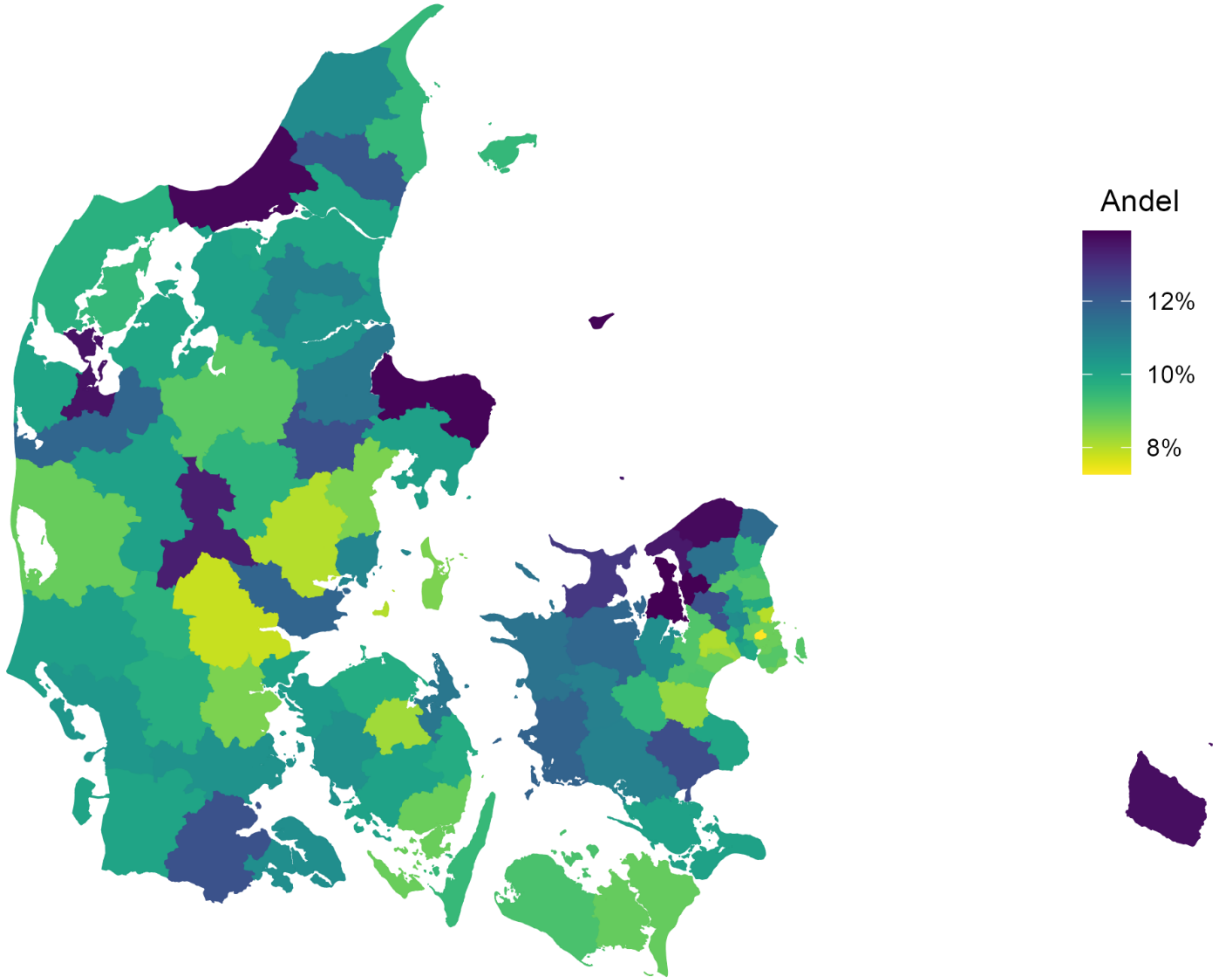
- Figuren viser variationer i hysterektomirater for et dansk amt, der som helhed lå på landsgennemsnittet.
- Raten mellem de højeste områder lå 5-6 gange over raten i de laveste.
- Konsekvensen heraf var, at livstidssandsynligheden for at få fjernet livmoderen varierer mellem 11-42%, alt efter på hvilken side af kommunegrænsen man boede

Kilde: Andersen TF. Madsen M. Loft A. Prævalencen af hysterectomerede kvinder I den Danske befolkning. UgeSkrLæger 1987

Mainz J. Problemidentifikation og kvalitetsudvikling I sundhedsvæsenet. Munksgaard, 1996

Fordelingen af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge mellem kommuner i 2025



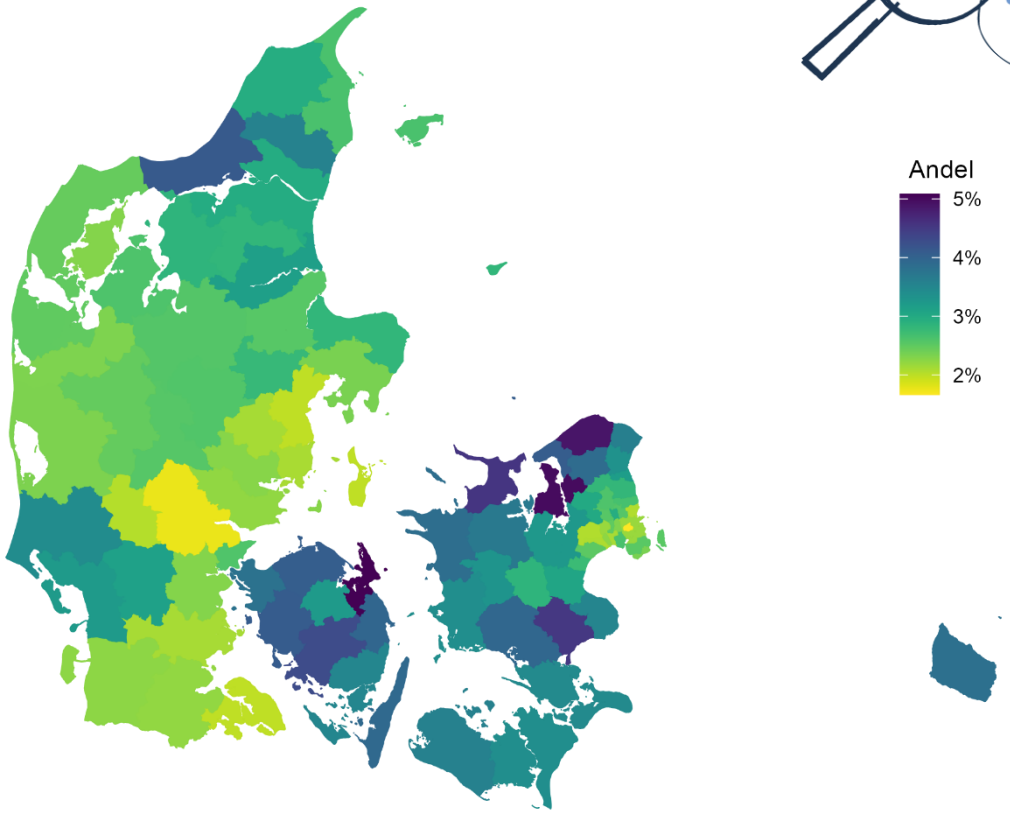


Andelen af børn og unge med diagnoser varierer fra 7,3% til 13,9%.



Andelen af børn og unge med **ADHD** varierer fra 1,6% til 8,9%.





Andelen af børn og unge med **angst** varierer fra 1,7% til 5,1%.

BEGREBER
TERMINOLOGI
FRAMEWORKS

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

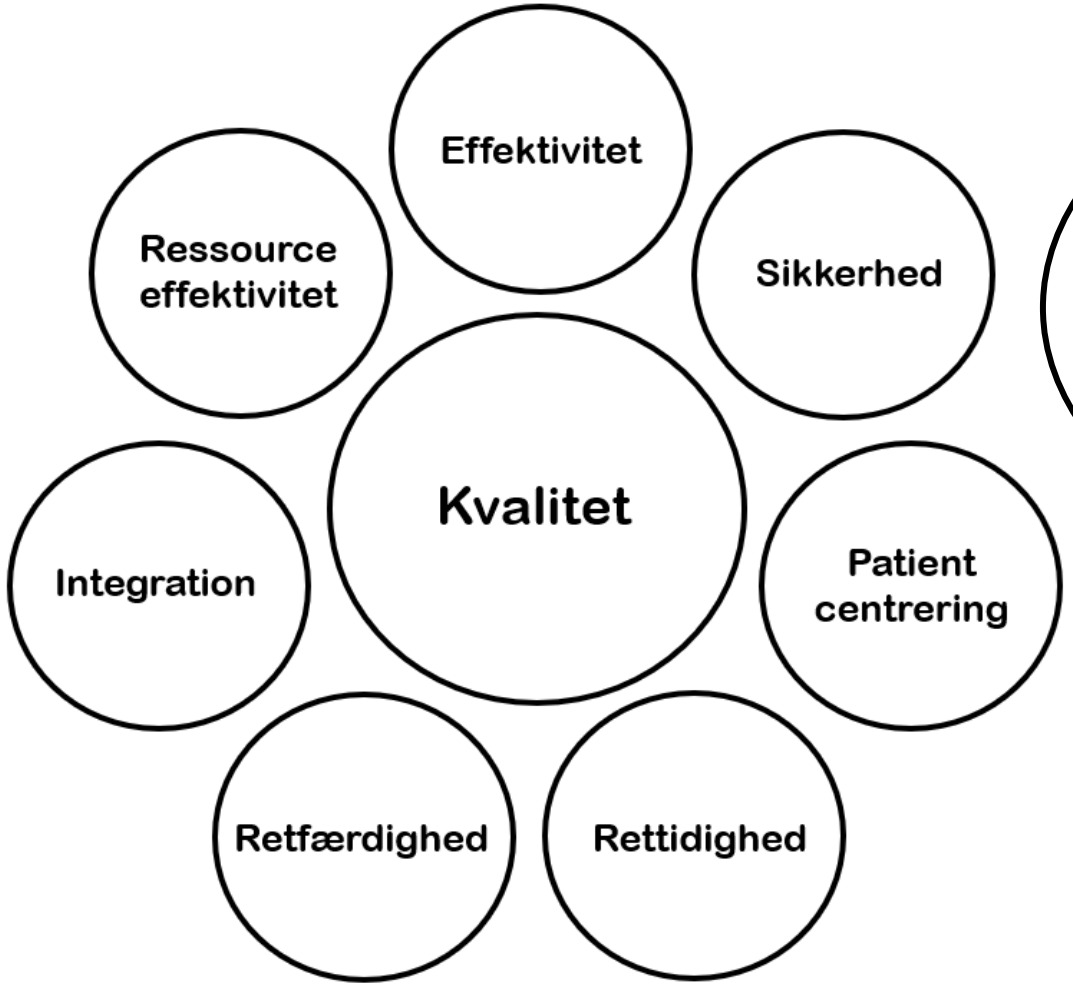
Hvad fortæller en observeret forskel os?

Den samme variation kan opstå af vidt forskellige grunde



Variation er et signal til undersøgelse
– ikke en automatisk kvalitetsdom.

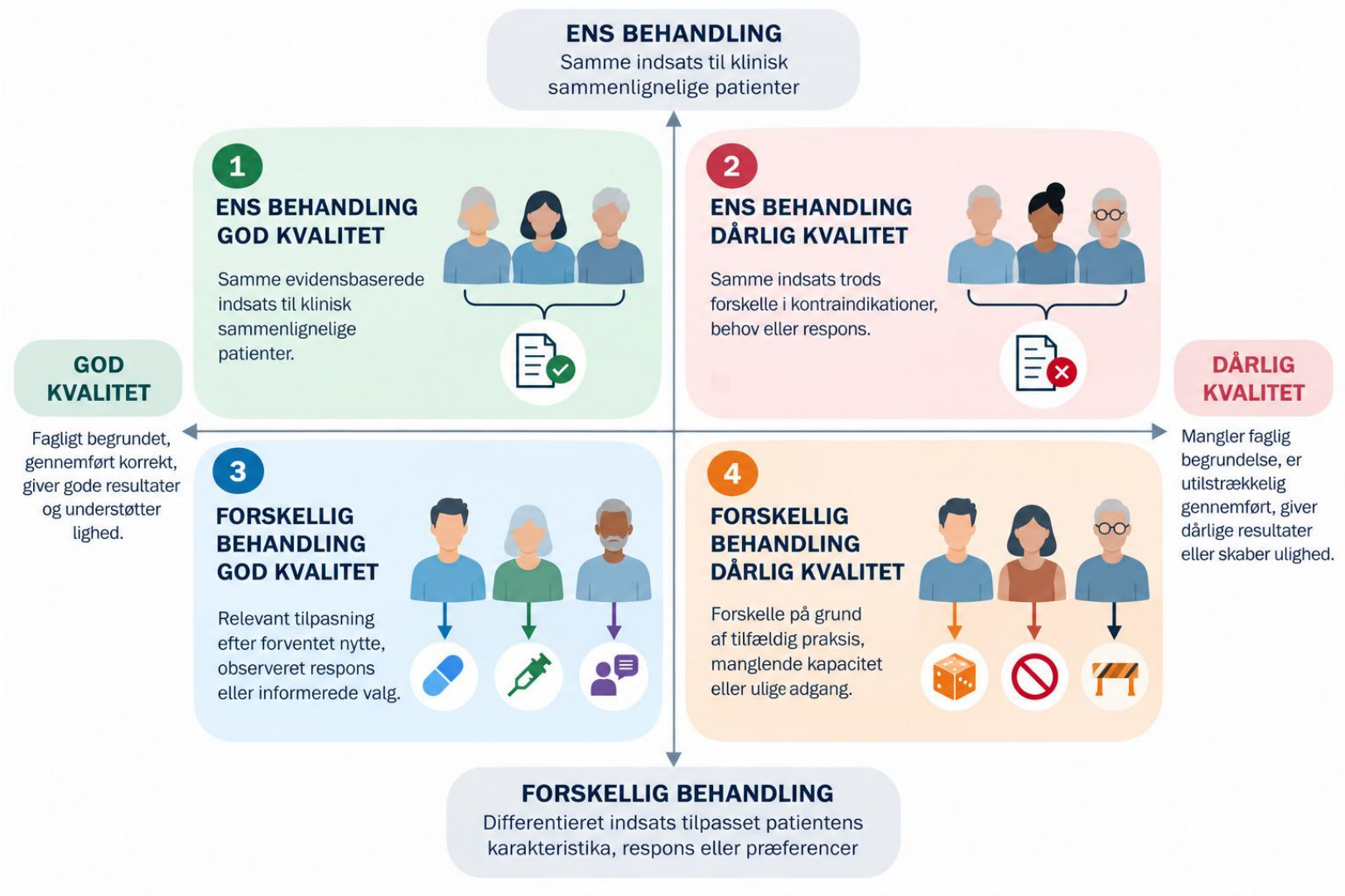
Kvalitetsdimensioner



- Sundhedsfaglig kvalitet
  - *Effektivitet, Sikkerhed*
- Interpersonel kvalitet
  - *Patientcentrering*
- Organisatorisk kvalitet
  - *Rettidighed, Integration, Retfærdighed, Ressourceeffektivitet*

Ens eller forskellig behandling – hvornår er det kvalitet?

Hverken ensartethed eller variation er i sig selv et kvalitetskriterium.



EPPOS-modellen

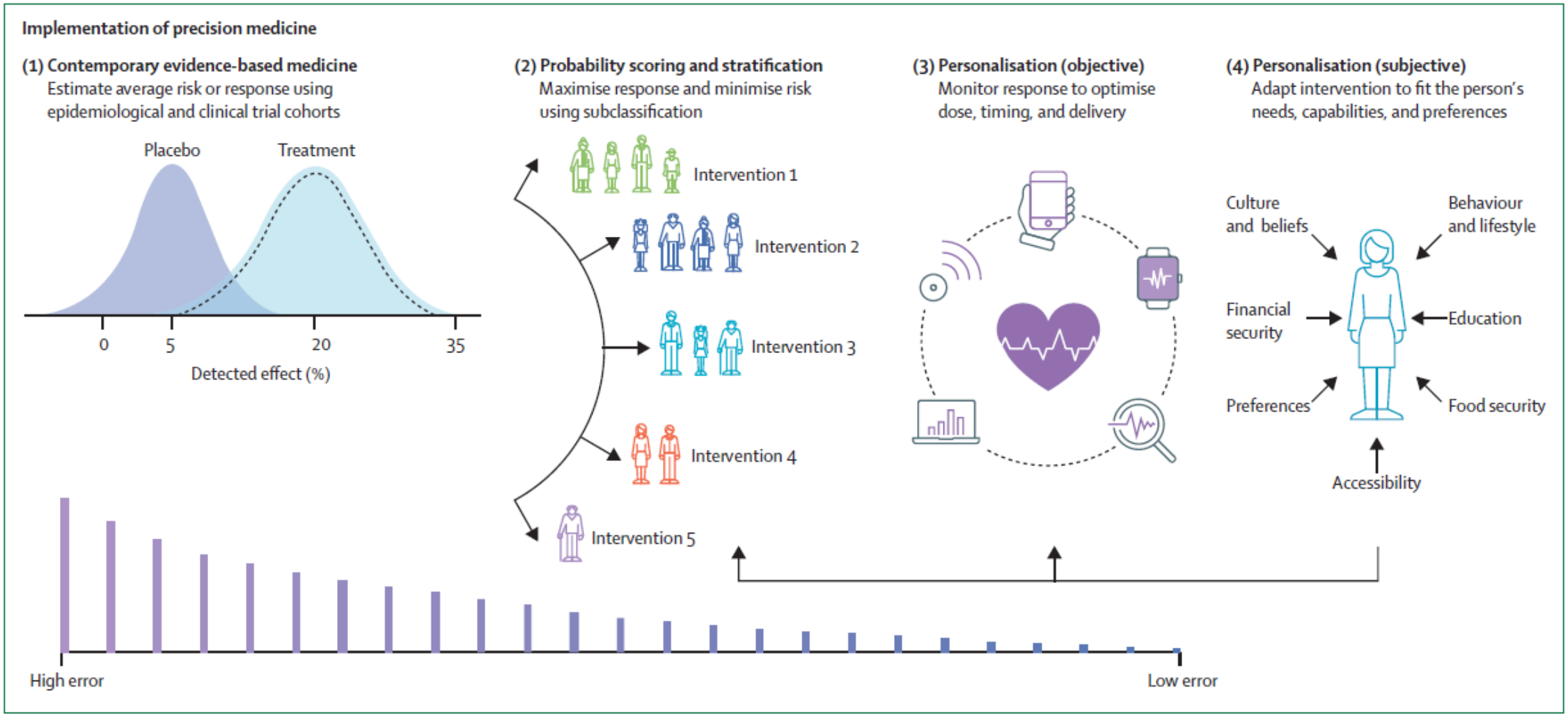


Figure 2: The EPPOS model: steps necessary for implementation of precision medicine

2023 (Franks et al) Precision medicine for cardiometabolic disease. A framework for clinical translation

EPPOS inspireret model

Lighed i sundhedsvæsenet

Lige adgang til relevant behandling for alle patienter, uanset personlige karakteristika eller livssituation

1 Standardisering



Fælles beslutningsgrundlag

Evidensbaserede anbefalinger udgør et fælles behandlings-grundlag for klinisk sammenlignelige patienter.

2 Præcisionsstratificering



Forventede forskelle

Patientkarakteristika og populationsbaseret evidens kan identificere klinisk relevante forskelle i forventet effekt eller risiko for skade.

3 Responsstyret personalisering



Observeret respons

Behandlingen tilpasses patientens observerede kliniske forløb, behandlingsrespons, tolerabilitet eller ændrede helbredstilstand.

4 Præferencestyret personalisering



Informerede præferencer

Behandlingen tilpasses patientens værdier, mål, bekymringer eller præferencer, fordi klinisk rimelige muligheder kan have forskellig nytte, risiko, byrde eller usikkerhed.

Systemisk og organisatorisk kontekst

Sundhedsvæsenets organisering, kapacitet og omgivelser kan påvirke den observerede variation i alle fire kontekster.

Standardisering



- Fælles evidensbaserede beslutningsregler for patienter med sammenlignelige kliniske forhold.
- Kliniske retningslinjer omsætter evidens fra populationer til anbefalinger for definerede patientgrupper.
- Variation kan indikere underbehandling, overbehandling eller uensartet praksis.
- Ex: Hjertesvigt - Betydelig variation i brugen af anbefalet medicinsk behandling mellem hospitaler og klinikker.
- Standardisering er ikke blind ensretning eller identisk behandling, men konsekvent anvendelse af de samme evidensbaserede kriterier på klinisk sammenlignelige patienter.

Præcisionsstratificering

- Brede kliniske retningslinjer kan overse relevante forskelle i patienters forventede behandlingsgevinst og risiko for skade.
- Præcisionsstratificering kombinerer patientkarakteristika med populationsbaseret evidens for at estimere den forventede effekt og risiko ved forskellige behandlinger.
- Kliniske og genetiske oplysninger, biomarkører og prædiktionsmodeller kan bl.a. bruges til at identificere patienter med forskellige forventede behandlingsresultater.
- Eksempel: Type 2-diabetes (TriMASTER) – BMI og nyrefunktion kunne identificere patientgrupper med forskellig glukosesænkende effekt af forskellige lægemidler.
- Erstatter ikke standardisering, men standardiseret behandling inden for klinisk relevante strata.



Præcisionsmedicin: seks anvendelsesområder

En forenklet dansk gengivelse af hovedpointerne i figur 1 hos Franks et al. (2023)

01 Præcisionsdiagnostik

Karakterisér sygdommen mere præcist



Biologiske, kliniske og kontekstuelle data forbedrer diagnose og underklassifikation.

- **Fx: underklassifikation med biomarkører**

02 Præcisionsprædiktion

Forudsig risiko for sygdomsdebut



Estimér sandsynligheden for sygdomsdebut og tidspunkt ud fra patientens risikoprofil.

- **Fx: risiko for type 2-diabetes**

03 Præcisionsprognostik

Forudsig sygdomsforløb



Vurdér risiko for progression, komplikationer og skadevirkninger ved sygdom og behandling.

- **Fx: risiko for nyrekomplikationer**

04 Præcisionsforebyggelse

Målret den forebyggende indsats



Tilpas forebyggelse til risiko, påvirkelige eksponeringer og forventet respons på indsatsen.

- **Fx: målrettet livsstilsindsats**

05 Præcisionsbehandling

Vælg behandling efter forventet nytte



Match behandling til forventet effekt, bivirkninger og patientens karakteristika.

- **Fx: valg af blodsukkersænkende lægemiddel**

06 Præcisionsmonitorering

Følg respons og sygdomsudvikling



Følg biomarkører, adfærd og behandlingsrespons for at justere indsatsen over tid.

- **Fx: kontinuerlig glukosemåling**

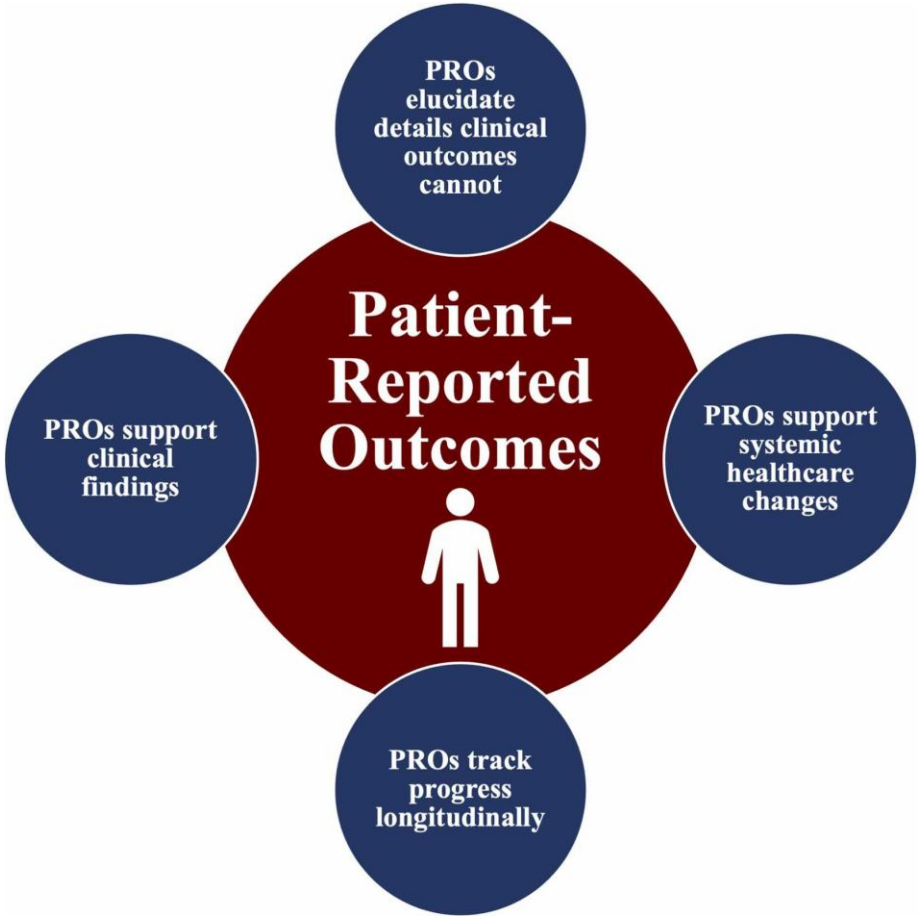
Fælles datagrundlag: Biologi · Kliniske oplysninger · Miljø og adfærd · Sociale forhold

Områderne overlapper og kan anvendes på forskellige tidspunkter i patientforløbet.

Kilde: Franks et al., Lancet Diabetes Endocrinol 2023; 11: 822–835.

Responsstyret personalisering

- Den enkelte patients faktisk observerede respons over tid.
- Behandlingen tilpasses løbende ud fra effekt, symptomer, bivirkninger og ændringer i patientens kliniske tilstand.
- Systematisk monitorering og patientrapporterede oplysninger (PROMs) kan understøtte beslutninger om dosisjustering, behandlingsskift samt op- eller nedtrapning.
- Eksempel: Depression (STAR*D) – Patienter havde forskellig respons på antidepressiv behandling, hvilket illustrerer behovet for at revurdere og tilpasse behandlingen undervejs.



Præferencestyret personalisering

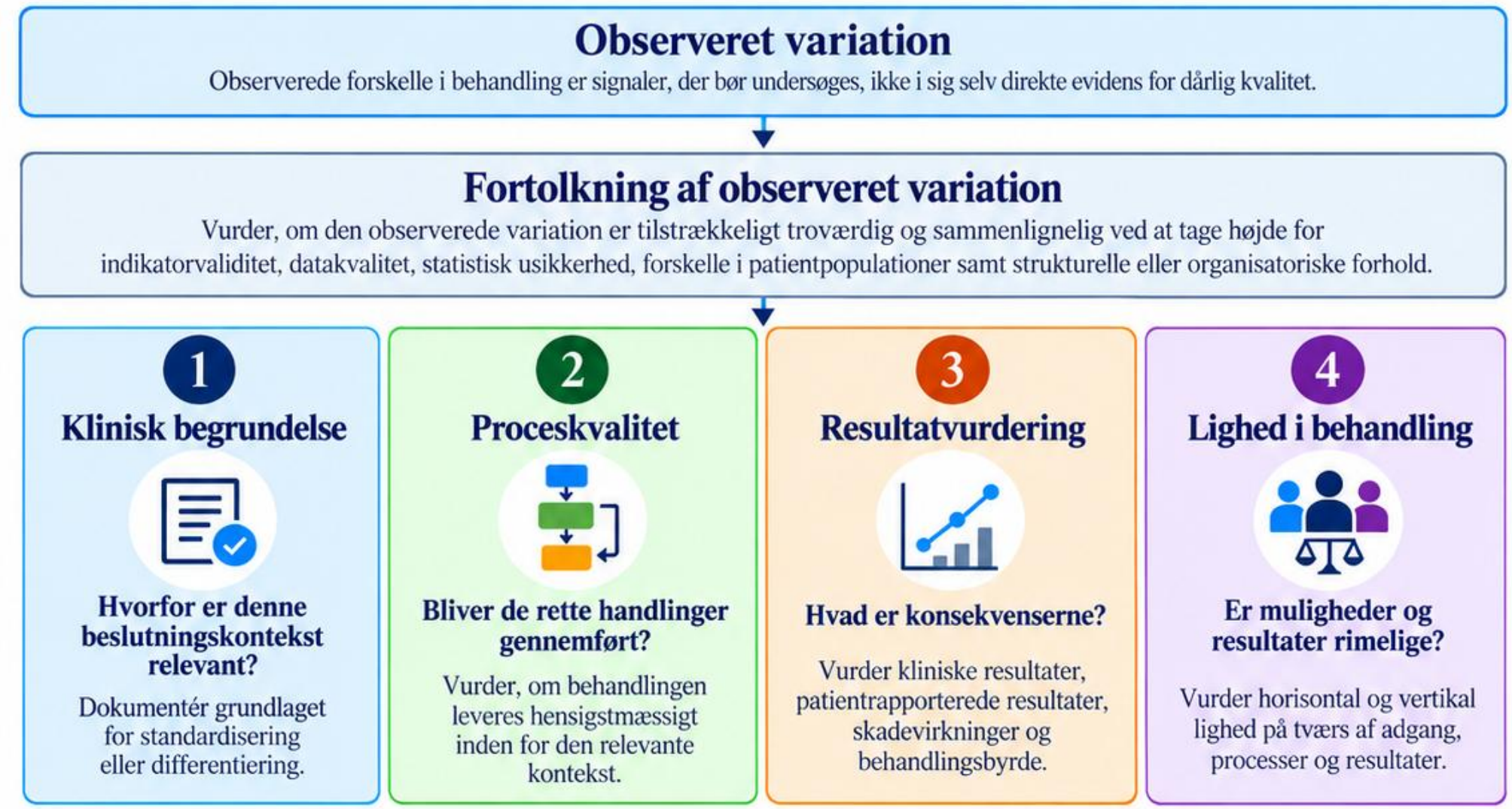


- Præferencestyret personalisering er relevant, når flere behandlingsmuligheder er klinisk forsvarlige, og der ikke er én entydigt bedste løsning for alle patienter.
- Præferencestyret personalisering bygger på patientens informerede afvejning af gevinster, risici og ulemper.
- Fælles beslutningstagning skal sikre, at valget afspejler patientens værdier, mål og præferencer frem for behandlerens vaner eller måde at præsentere mulighederne på.
- Eksempel: PSA-screening for prostatakræft

CASE

- To patienter med samme type og stadie af lungekræft og sammenlignelig almen helbredstilstand bør begge tilbydes relevante molekylære undersøgelser og biomarkørtest.
- Hvis en patient ikke tilbydes relevante undersøgelser uden en klinisk begrundet årsag, vil det være udtryk for uberettiget variation i forhold til standardisering.
- Hvis undersøgelserne identificerer forskellige behandlingsrelevante biomarkører, kan forskellige behandlinger være hensigtsmæssige som følge af præcisionsstratificering.
- Patienternes behandlingsforløb kan efterfølgende udvikle sig forskelligt afhængigt af tumorrespons, symptomer, bivirkninger og aftalte behandlingsmål. Dette kan føre til hensigtsmæssig responsstyret personalisering.
- Når der fortsat er flere klinisk relevante behandlingsmuligheder, kan patienterne træffe forskellige informerede valg, som begge kan være hensigtsmæssige. Dette er udtryk for præferencestyret personalisering.
- Derimod vil forskelle, der skyldes utilstrækkelig diagnostisk kapacitet, forsinkede undersøgelser, manglende adgang til behandling, utilstrækkelig monitorering eller ulige adgang til beslutningsstøtte, være udtryk for systemskabte kvalitetsproblemer.

Kvalitetsstyring



Klinisk beslutningsramme

Klinisk beslutningsniveau	Klinisk begrundelse	Proceskvalitet	Resultatvurdering
Standardisering	Klinisk indikation og patientspecifikke forhold, der påvirker anvendeligheden.	Levering af anbefalet behandling til patienter, der opfylder kriterierne.	Tilsigtede gevinster uden uacceptable skadevirkninger.
Præcisions-stratificering	Patientkarakteristika, testresultater og estimerede gevinster eller skadevirkninger.	Relevant vurdering og behandlingsallokering i overensstemmelse med stratificeringskriterierne.	Gevinster og skadevirkninger på tværs af stratificerede patientgrupper.
Responsstyret personalisering	Observeret respons, tolerabilitet og kliniske ændringer, som styrer tilpasningen.	Monitorering, revurdering og rettidig tilpasning af behandlingen.	Opnåelse eller fastholdelse af behandlingsmål efter tilpasning.
Præferencestyret personalisering	Patientens præferencer og værdier, som styrer klinisk rimelige valg.	Balanceret information, beslutningsstøtte og meningsfuld drøftelse.	Patientrelevante resultater og behandlingsbyrde, som afspejler informerede afvejninger.

Lighed i behandling

Tværgående dimension

Horisontal lighed

Sammenlignelig adgang og kvalitet ved sammenlignelige behov; synliggørelse af forskelle mellem patientgrupper.

Vertikal lighed

Proportionel støtte til at imødekomme yderligere behov og barrierer i behandlingen.

Vurdering af lighed

Udvikling i forskelle i adgang, processer og resultater over tid.

1 Horisontal lighed

Patienter med sammenlignelige behov skal have sammenlignelige muligheder for relevant behandling.



Patient A
Sammenligneligt behov

Patient B
Sammenligneligt behov

Patient C
Sammenligneligt behov

Relevant behandling
Samme muligheder

2 Vertikal lighed

Patienter med forskellige behov eller barrierer kan have behov for forskellig støtte for at opnå lige muligheder.



Patient D
Begrænsede sproglige færdigheder

Patient E
Sociale eller økonomiske barrierer

Patient F
Fysiske funktionsnedsættelser og komplekse behov

Støtte
- Tolkebistand
- Information i passende form
- Relevant behandling

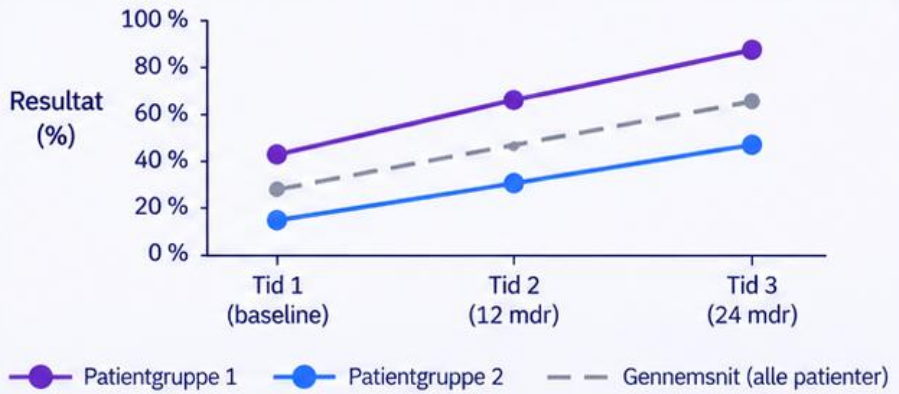
Mere støtte
- Transportstøtte
- Økonomisk støtte
- Social rådgivning
- Relevant behandling

Større støtte
- Koordineret forløb
- Hjælpemidler og tilgængelighed
- Tværfaglig indsats
- Relevant behandling

3 Udvikling over tid

Lighedsvurdering skal undersøge, om forskelle i adgang, behandlingsprocesser, patientrapporterede resultater og kliniske resultater bliver mindre, består eller bliver større over tid. Forbedret gennemsnitlig kvalitet alene er ikke nok til at dokumentere bedre lighed.

Bedre gennemsnit betyder ikke nødvendigvis bedre lighed.



- Gennemsnittet forbedres over tid.
- Forskelle mellem grupper kan stadig bestå.
- Derfor er udviklingen i lighed afgørende at følge – ikke kun gennemsnittet.

Vi skal måle både niveau og udvikling over tid.
Horisontal og vertikal lighed er afhængige dimensioner, og lighed over tid.

Observeret variation

Observerede forskelle i behandling er signaler, der bør undersøges, ikke i sig selv direkte evidens for dårlig kvalitet.

Fortolkning af observeret variation

Vurder, om den observerede variation er tilstrækkeligt troværdig og sammenlignelig ved at tage højde for indikatorvaliditet, datakvalitet, statistisk usikkerhed, forskelle i patientpopulationer samt strukturelle eller organisatoriske forhold.

1 Klinisk begrundelse



Hvorfor er denne beslutningskontekst relevant?

Dokumentér grundlaget for standardisering eller differentiering.

2 Proceskvalitet



Bliver de rette handlinger gennemført?

Vurder, om behandlingen leveres hensigtsmæssigt inden for den relevante kontekst.

3 Resultatvurdering



Hvad er konsekvenserne?

Vurder kliniske resultater, patientrapporterede resultater, skadevirkninger og behandlingsbyrde.

4 Lighed i behandling



Er muligheder og resultater rimelige?

Vurder horisontal og vertikal lighed på tværs af adgang, processer og resultater.

Klinisk beslutningsramme

Klinisk beslutningsniveau	Klinisk begrundelse	Proceskvalitet	Resultatvurdering
Standardisering	Klinisk indikation og patientspecifikke forhold, der påvirker anvendeligheden.	Levering af anbefalet behandling til patienter, der opfylder kriterierne.	Tilsigtede gevinster uden uacceptable skadevirkninger.
Præcisions-stratificering	Patientkarakteristika, testresultater og estimerede gevinster eller skadevirkninger.	Relevant vurdering og behandlingsallokering i overensstemmelse med stratificeringskriterierne.	Gevinster og skadevirkninger på tværs af stratificerede patientgrupper.
Responsstyret personalisering	Observeret respons, tolerabilitet og kliniske ændringer, som styrer tilpasningen.	Monitorering, revurdering og rettidig tilpasning af behandlingen.	Opnåelse eller fastholdelse af behandlingsmål efter tilpasning.
Præferencestyret personalisering	Patientens præferencer og værdier, som styrer klinisk rimelige valg.	Balanceret information, beslutningsstøtte og meningsfuld drøftelse.	Patientrelevante resultater og behandlingsbyrde, som afspejler informerede afvejninger.

Lighed i behandling

Tværgående dimension

Horisontal lighed

Sammenlignelig adgang og kvalitet ved sammenlignelige behov; synliggørelse af forskelle mellem patientgrupper.

Vertikal lighed

Proportionel støtte til at imødekomme yderligere behov og barrierer i behandlingen.

Vurdering af lighed

Udvikling i forskelle i adgang, processer og resultater over tid.

Ledelsesmæssig opfølgning og revision

Anvend resultaterne til at forbedre behandlingen, håndtere strukturelle barrierer, justere kliniske kriterier eller forløb og fastholde, supplere eller revidere kvalitetsindikatorer.

Patienter med leddegigt

- En reumatologisk kvalitetsdatabase stiller krav om, at mindst 90% af patienterne skal have en klinisk vurdering inden for hver 12-månedersperiode.
- En afdeling indfører PROM-styret opfølgning, hvor patienter med stabil sygdom kan have længere intervaller mellem fuldstændige vurderinger.
- Tegn på forværring, bekymrende PROM-svar eller manglende besvarelse udløser klinisk kontakt og ved behov tidligere vurdering.
- Efter omlægningen falder afdelingens indikatoropfyldelse til under 90 %.
- Men er kvaliteten blevet dårligere?
- Pointe: Lavere indikatoropfyldelse er et signal om afvigelse fra standarden – ikke i sig selv dokumentation for dårligere eller bedre kvalitet.



Hvordan vurderer vi kvaliteten af den differentierede opfølgning

1. Klinisk begrundelse: Er patienterne udvalgt efter relevante kliniske kriterier, og begrunder PROM-svar og øvrige kliniske oplysninger de ændrede kontrolintervaller?

2. Proceskvalitet: Bliver PROMs indsamlet og vurderet, og fører bekymrende svar eller manglende besvarelser til rettidig klinisk opfølgning?

3. Resultatvurdering: Hvordan udvikler sygdomskontrol, bivirkninger, patientrapporterede resultater og behandlingsbyrde sig over tid?

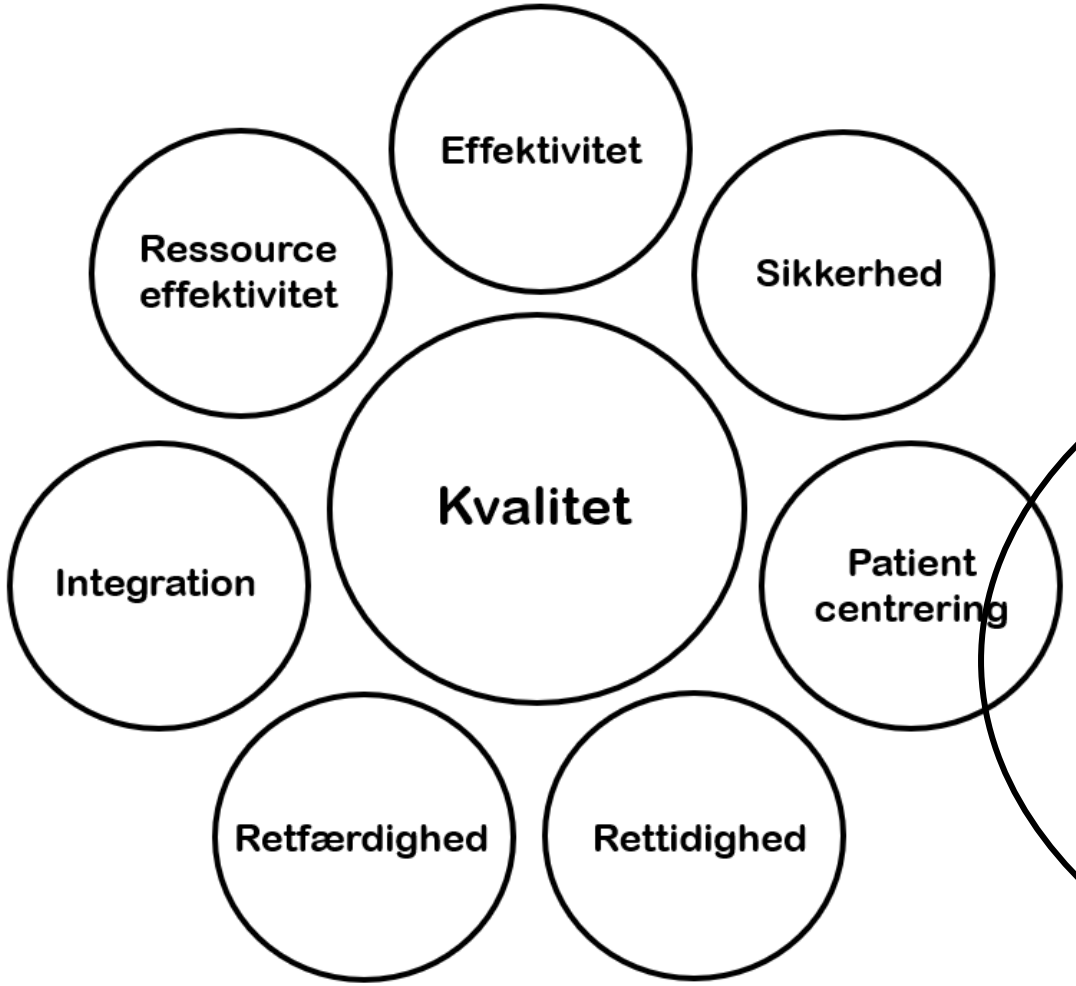
4. Lighed i behandlingen: Har forskellige patientgrupper lige muligheder for relevant opfølgning? Får patienter med digitale barrierer passende alternativer, og mindskes eller øges forskelle over tid?

Hovedpointe: En afvigelse fra en standardindikator kan være fagligt begrundet, men skal dokumenteres gennem klinisk begrundelse, proceskvalitet, resultater og lighed.

Den oprindelige indikator kan bevares som sikkerhedssignal, mens den nye opfølgningsmodel evalueres.

Resultaterne kan føre til forbedrede arbejdsgange, ændrede visitationskriterier eller supplerende kvalitetsindikatorer.

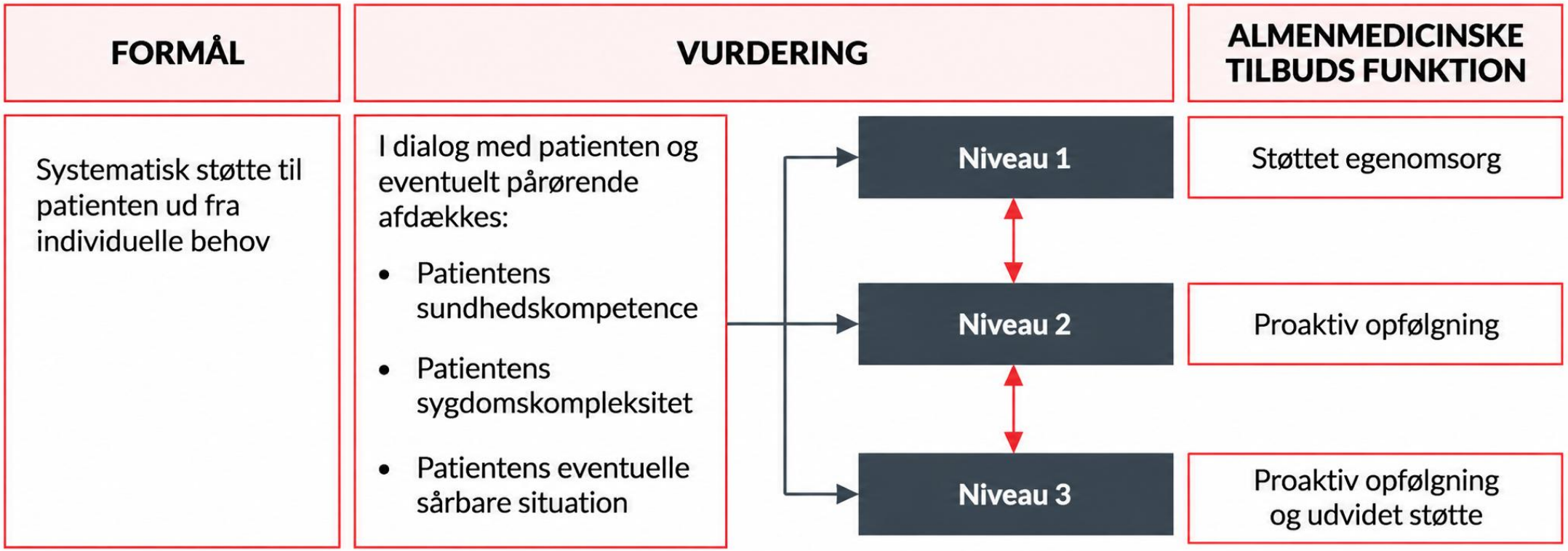
Kvalitetsdimensioner



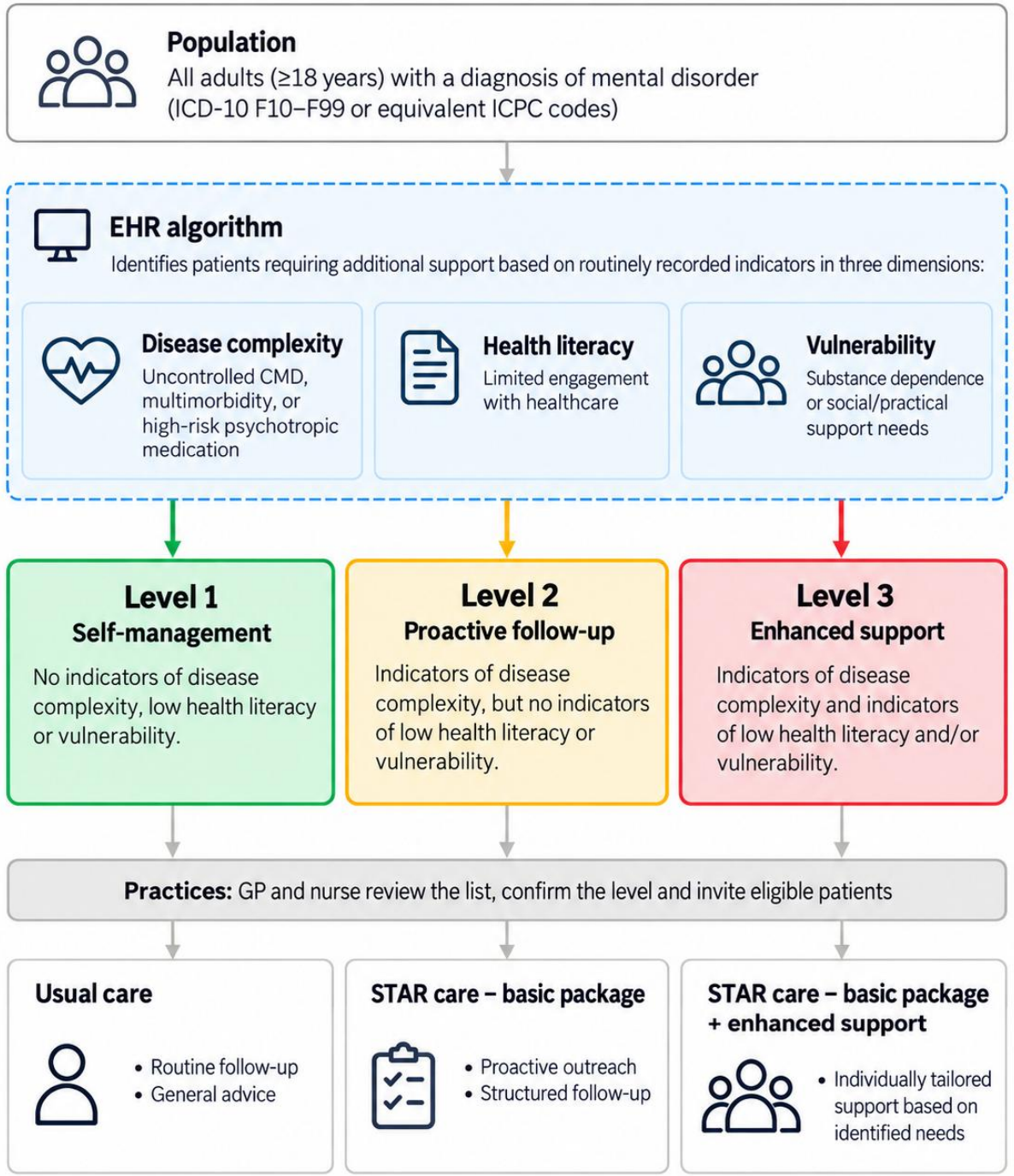
- Sundhedsfaglig kvalitet
  - *Effektivitet, Sikkerhed*
- Interpersonel kvalitet
  - *Patientcentrering*
- Organisatorisk kvalitet
  - *Rettidighed, Integration, Retfærdighed, Ressourceeffektivitet*

Kronikerpakkerne

Den generiske model standardiserer behovsvurderingen og differentierer almen praksis' proaktivitet.



Differentierede Individualiserede tilbud EX



KOL: samme diagnose, tre forskellige støttebehov



Tre illustrative cases fra Sundhedsstyrelsens høringsudkast, oktober 2026.

ORGANISATORISK NIVEAU

Tre principper for variation i støtte og opfølgning

Fra fælles minimumsstandard til behovsbaseret differentiering og individuel tilpasning

ORGANISATORISK PRINCIP	DEFINITION	EKSEMPEL FRA KRONIKERPAKKERNE	KVALITETSSPØRGSMÅL
1 FÆLLES RAMME **Standardisering**	Fælles minimumskrav og arbejdsgange for alle relevante patienter.	Fælles krav til behovsvurdering, behandlingsplan og relevant opfølgning.	**Får alle den fælles grundindsats, de er berettiget til?**
2 AFSTEMT STØTTE **Behovsbaseret differentiering**	Støtte og opfølgning gradueres systematisk efter patientens vurderede behov.	Niveau 1: Støttet egenomsorg Niveau 2: Proaktiv opfølgning Niveau 3: Proaktiv opfølgning og udvidet støtte	**Afstemmes støtte og opfølgningsintensitet efter patientens behov?**
3 KONKRETE BARRIERER **Individuel tilpasning**	Supplerende tilpasning til ressourcer og barrierer, som niveauinddelingen ikke fanger.	Fx tolk, fleksibel kontaktform, hjælp til fremmøde og koordinering – på tværs af niveauer.	**Håndteres barrierer, så den enkelte faktisk kan modtage relevant behandling?**

Kvalitet kræver både fælles standarder, relevant differentiering og håndtering af individuelle barrierer.

Bemærk: Niveau 1–3 beskriver behov for støtte og opfølgning – ikke faste kliniske behandlinger.


Klinisk niveau
Hvad er den rigtige behandling?
Standardisering
Fælles evidensbaserede beslutningsregler.
Præcisions-stratificering
Forskelle i forventet effekt eller skade.
Responsstyret personalisering
Tilpasning efter observeret respons.
Præferencestyret personalisering
Patientens informerede valg.
Organisatorisk niveau
Hvordan sikrer vi, at patienten kan modtage behandlingen?
Standardisering
Fælles rettigheder, kvalitetskrav og systematiske arbejdsgange.
Behovsbaseret differentiering
Forskellig intensitet af støtte, opfølgning og koordinering efter relevante behovskriterier.
Organisatorisk individualisering
Tilpasning af kontaktformer, tilgængelighed og støtte til patientens konkrete barrierer og livssituation.
Fælles begrundelse og kvalitetsvurdering
Variation skal være fagligt, organisatorisk og etisk begrundet og vurderes systematisk.

Tre cases om variation

Amputationssagen
VVV-projektet og kræftopfølgning

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut



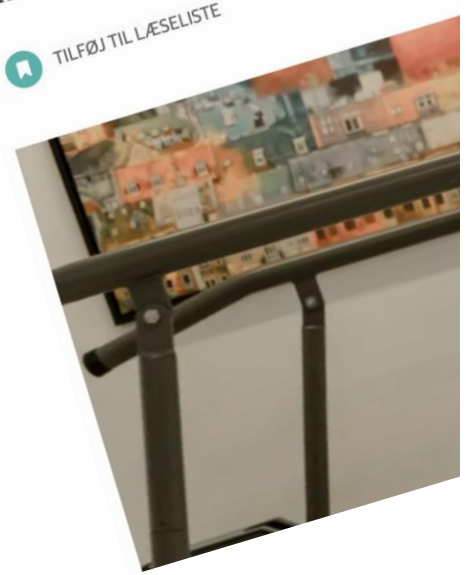
Tage Andersen, 85, fik amputeret sit ben for tre år siden. Han og hans kone er ikke i tvivl om, at amputationen kunne have været undgået. Foto: Mads Andreas Frost.

11/08/2022 KL. 11:43 | FOR ABONNENTER

De alarmerende tal fandtes, men ingen brugte dem til at forhindre unødvendige amputationer

Sundhedsordførere fra flere partier undrer sig over, hvordan sagen om benamputationer kunne udvikle s
galt.

TILFØJ TIL LÆSELISTE



04/05/2022 KL. 17:45

Patienttilsyn kræver redegørelse i skandalen om unødvendige amputationer af ben

I disse dage venter hundredvis af patienter på at få at vide, om de har fået amputeret benet eller foden uden grund.

TILFØJ TIL LÆSELISTE

INDLAND

Rapport efter skanda-lesag afslører store regionale forskelle i antallet af benamputatio-ner

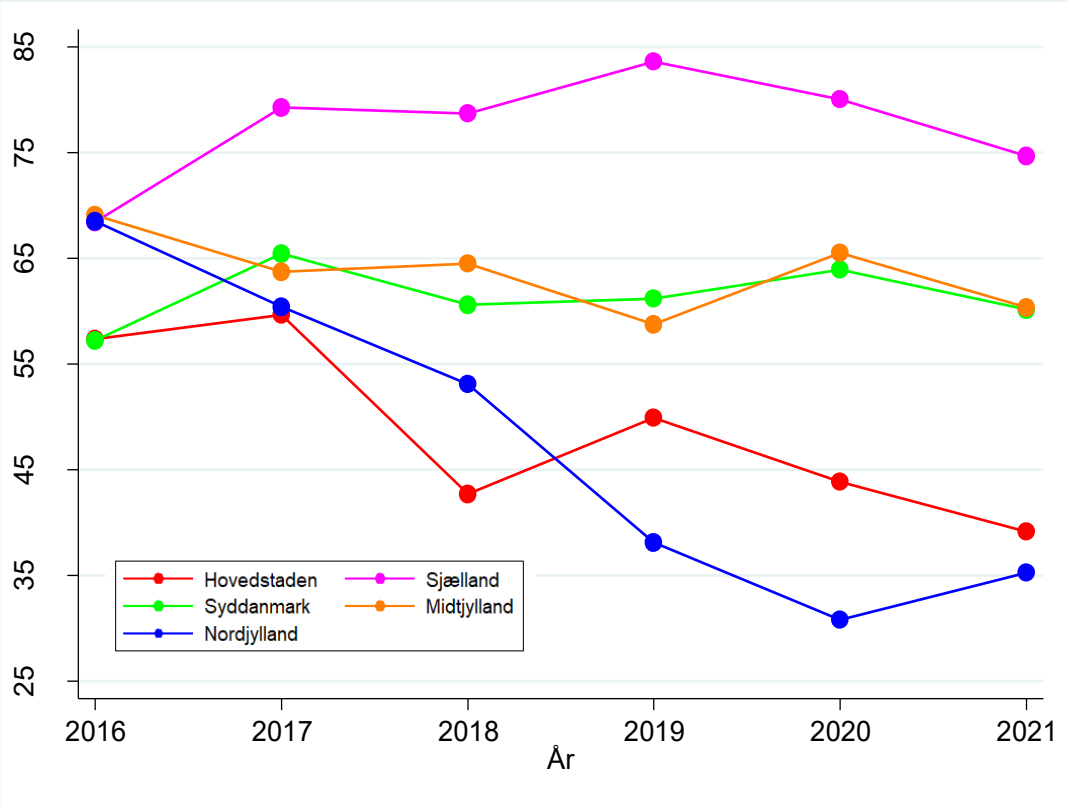
Det er tilsyneladende ikke kun Region Midtjylland, der har problemer med forebyggelse af benamputationer.





Er variation et problem?

Amputations per 100,000 people aged 50 and over

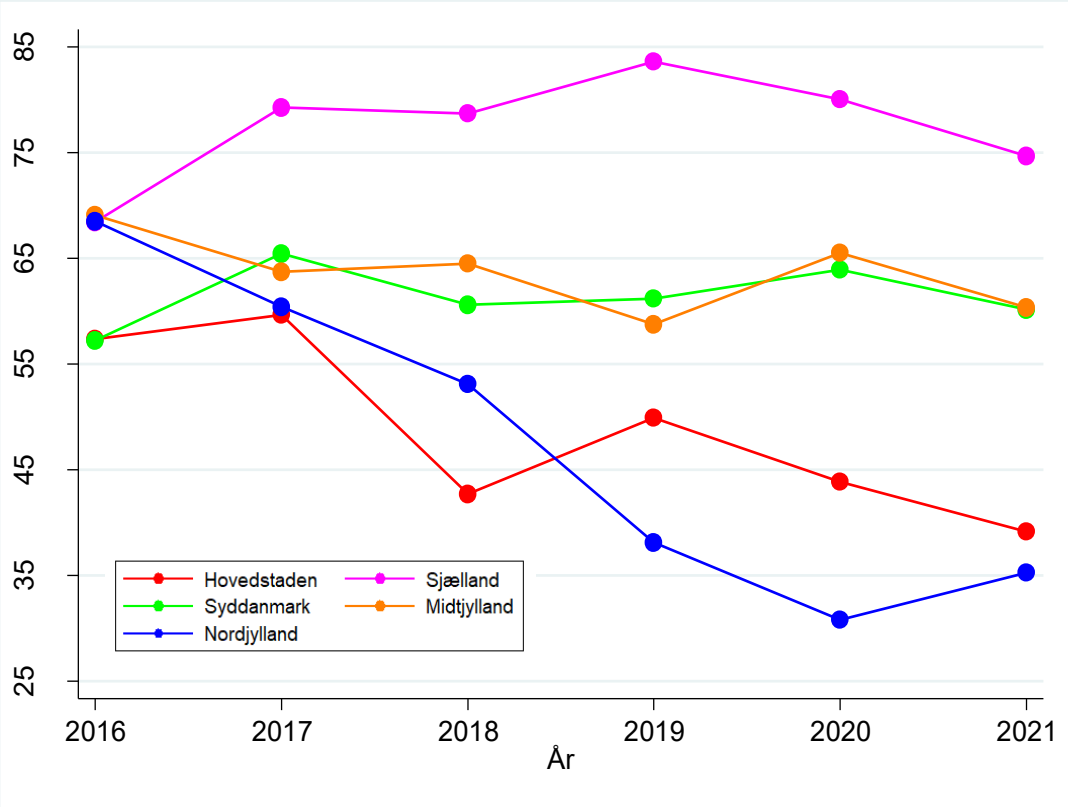


Rates of amputations of the hip, thigh, knee and lower leg among people aged 50 or older in the Danish regions, 2016–2021. A person may contribute more than one amputation to this analysis.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Er variation et problem?

Amputations per 100,000 people aged 50 and over



Rates of amputations of the hip, thigh, knee and lower leg among people aged 50 or older in the Danish regions, 2016–2021. A person may contribute more than one amputation to this analysis.

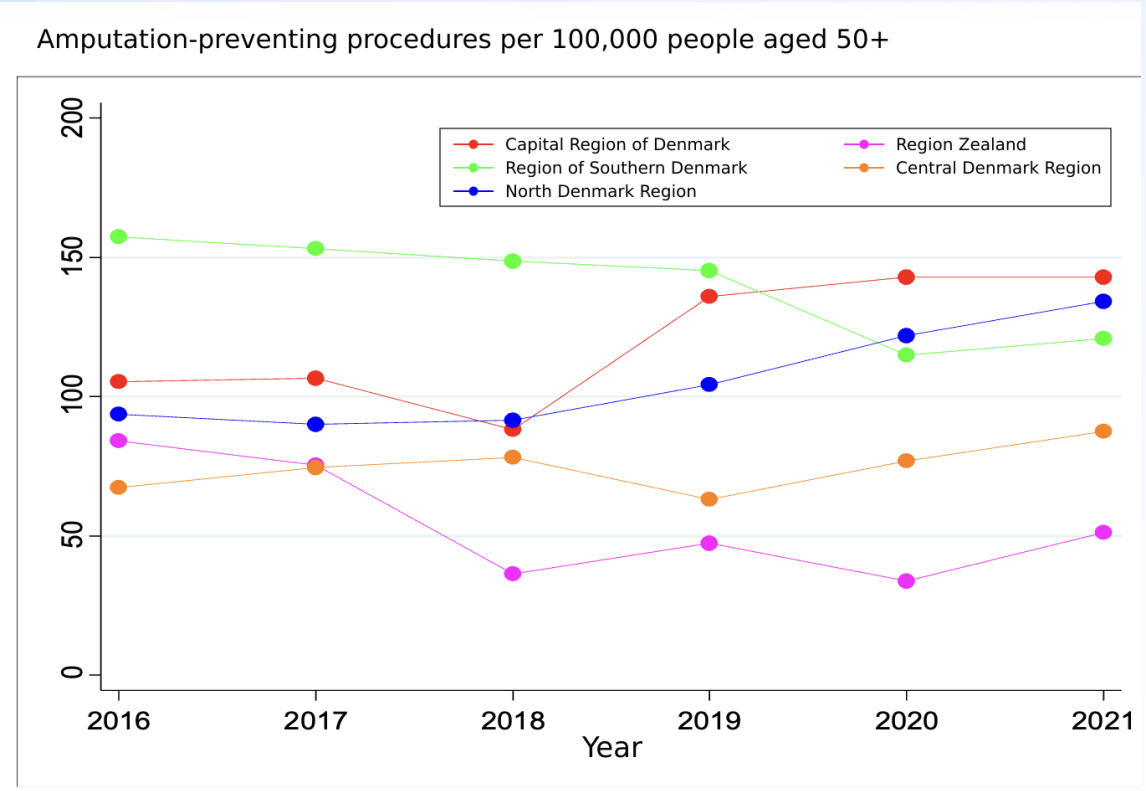
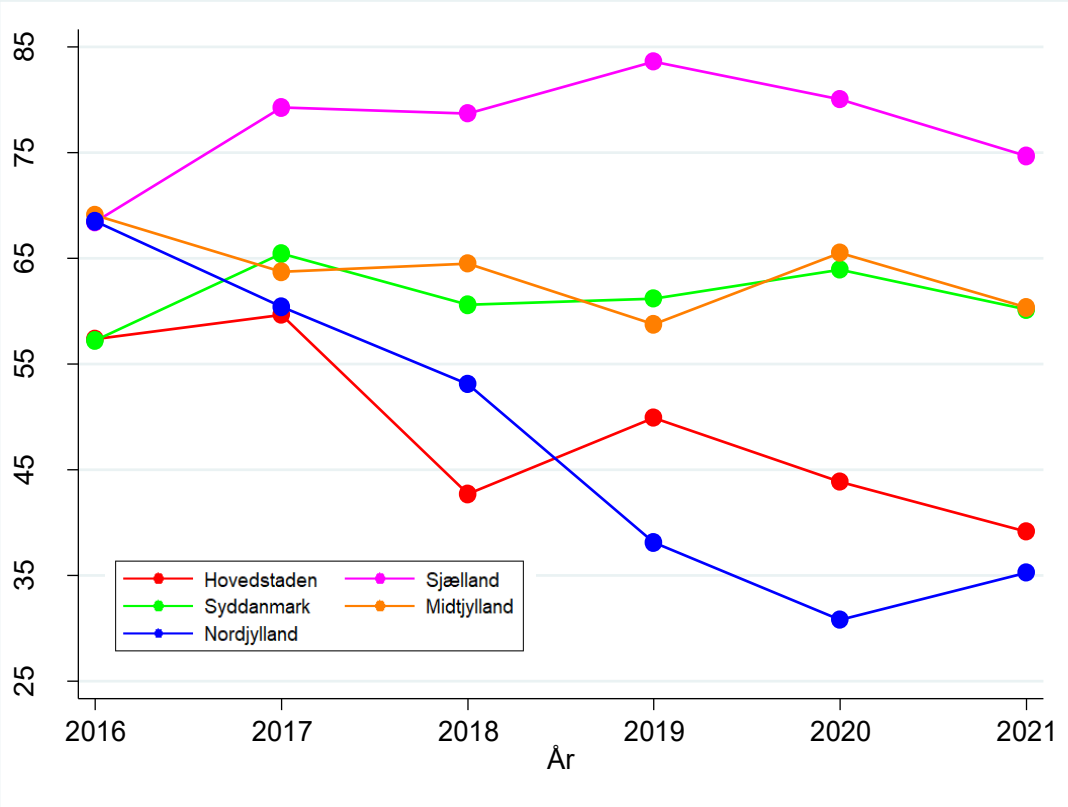


Figure 3. Rates of amputation-preventing vascular surgical procedures among people aged 50 years or older in the Danish regions, 2016–2021. A person may contribute more than one procedure to this analysis.

Kvalitetsinstitut

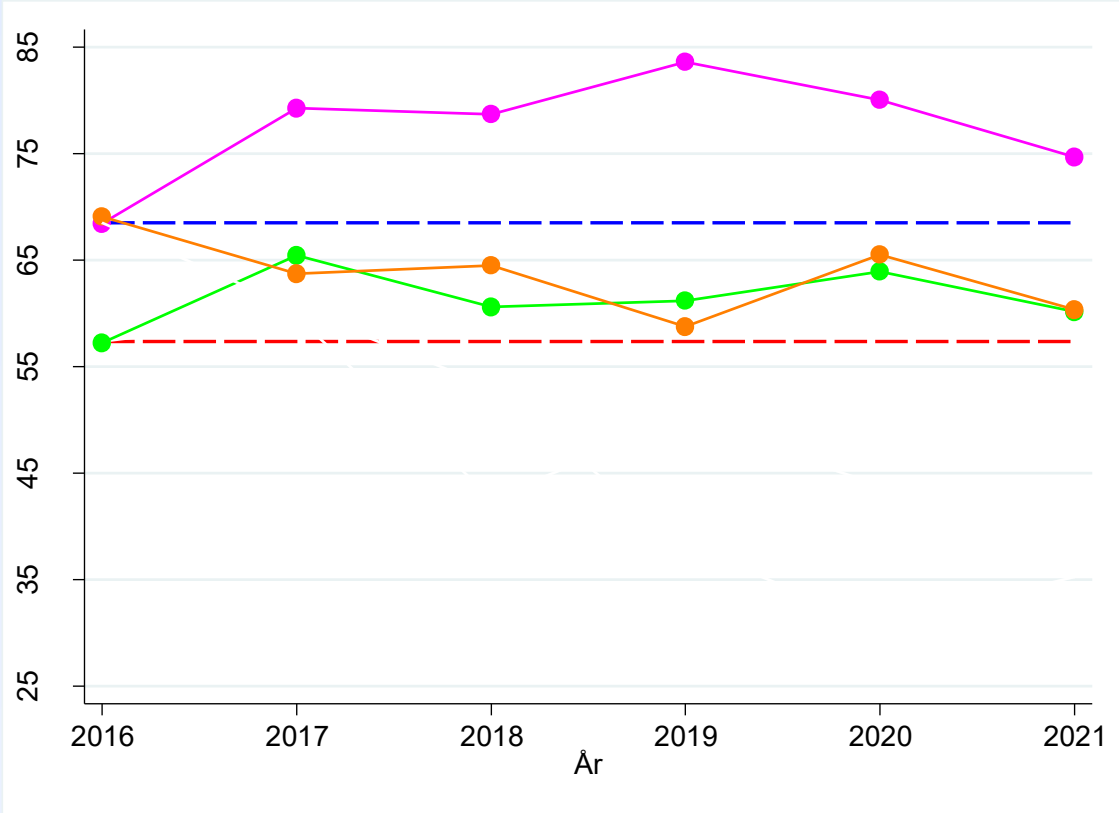
Er variation et problem?

Amputations per 100,000 people aged 50 and over



Rates of amputations of the hip, thigh, knee and lower leg among people aged 50 or older in the Danish regions, 2016–2021. A person may contribute more than one amputation to this analysis.

Amputationer pr. 100.000 personer på 50 år og derover, steady-state eksempel



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

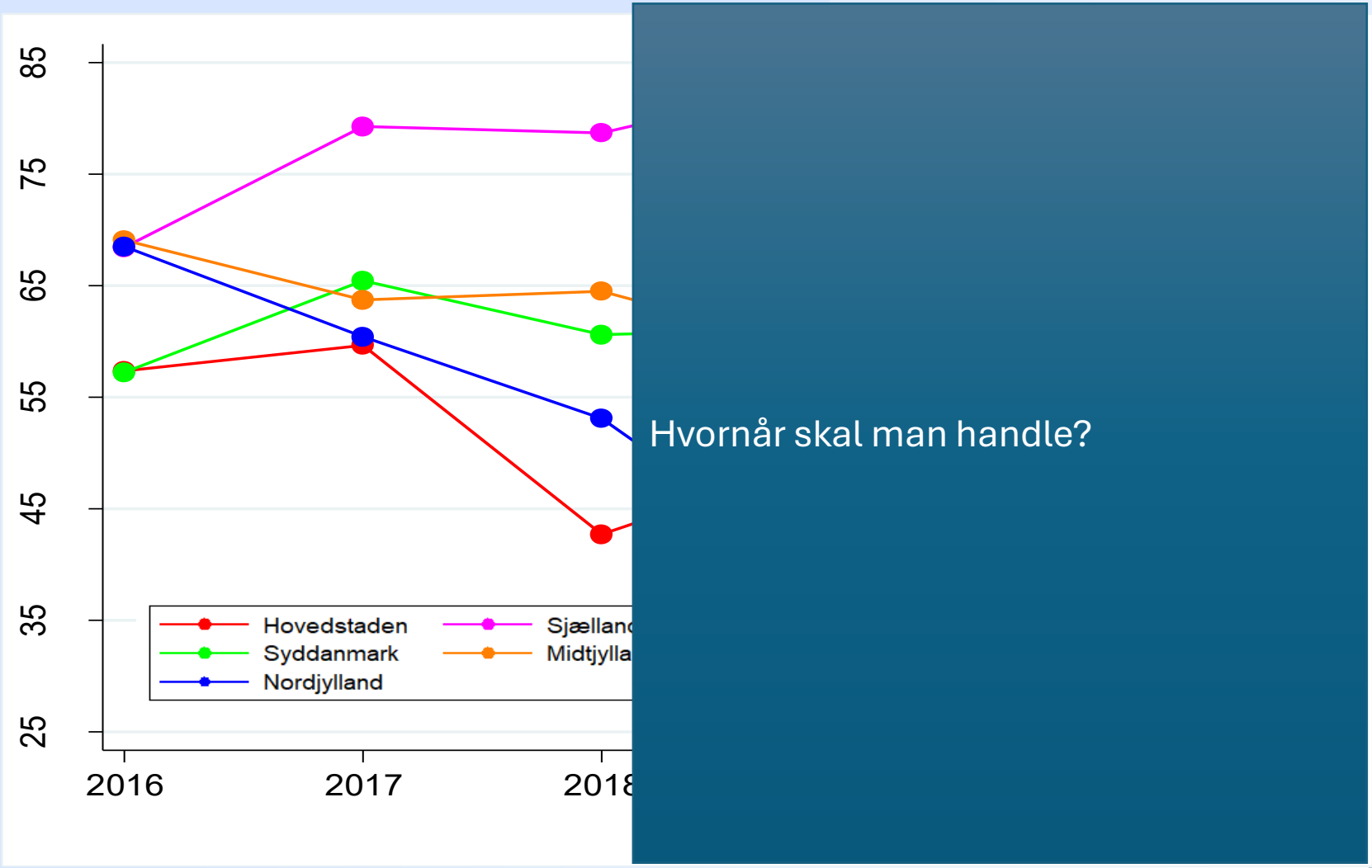
Variation er en mulighed for forbedring



Hvornår skal man handle?

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

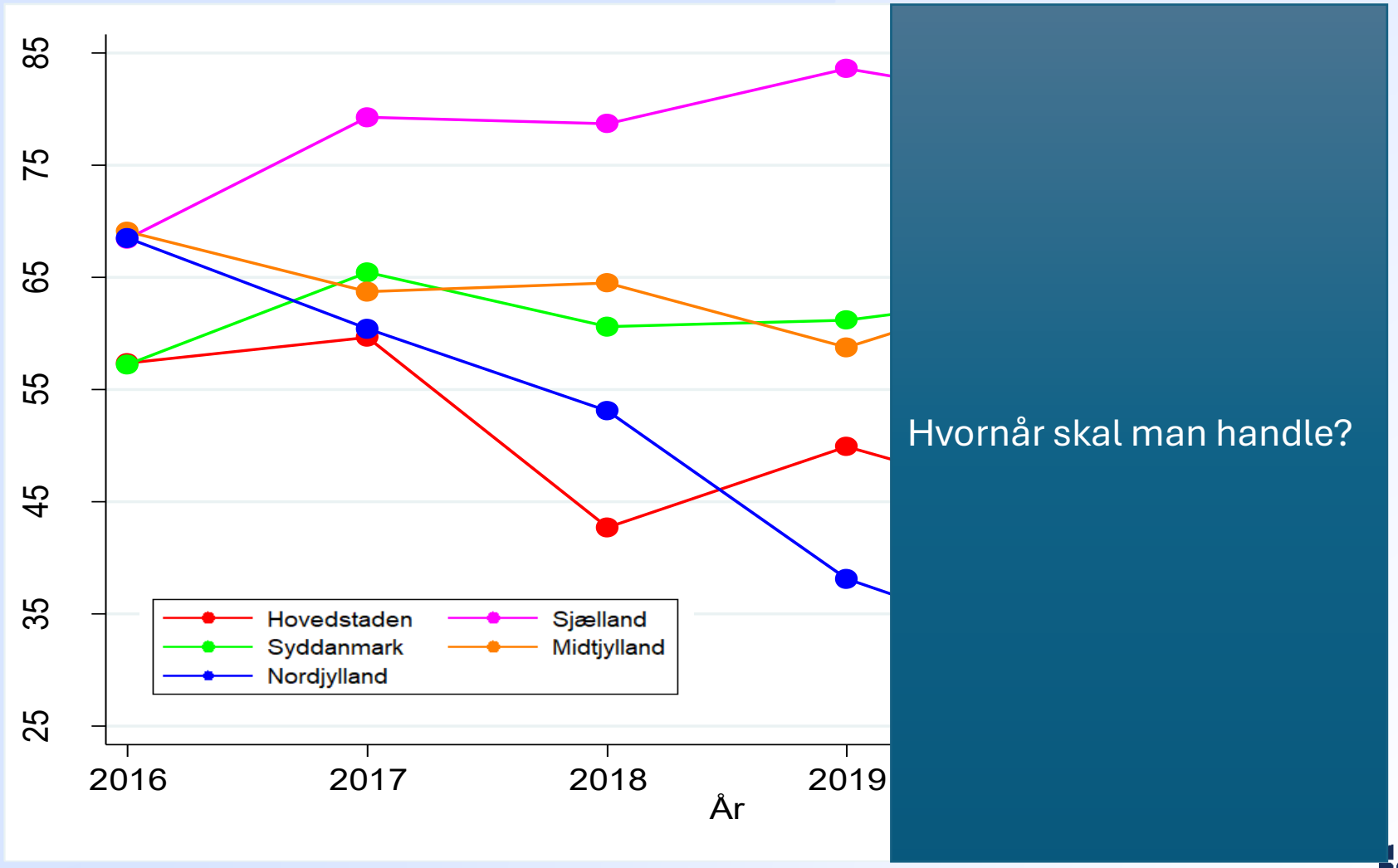
Variation er en mulighed for forbedring



Hvornår skal man handle?

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Variation er en mulighed for forbedring

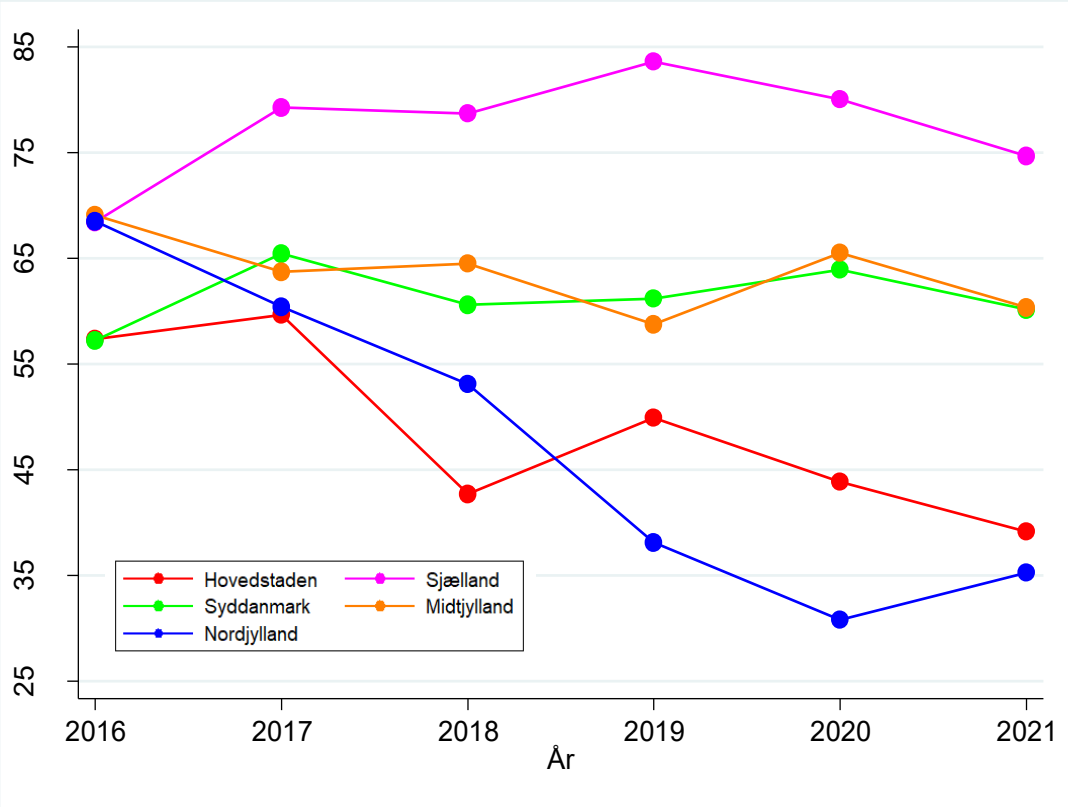


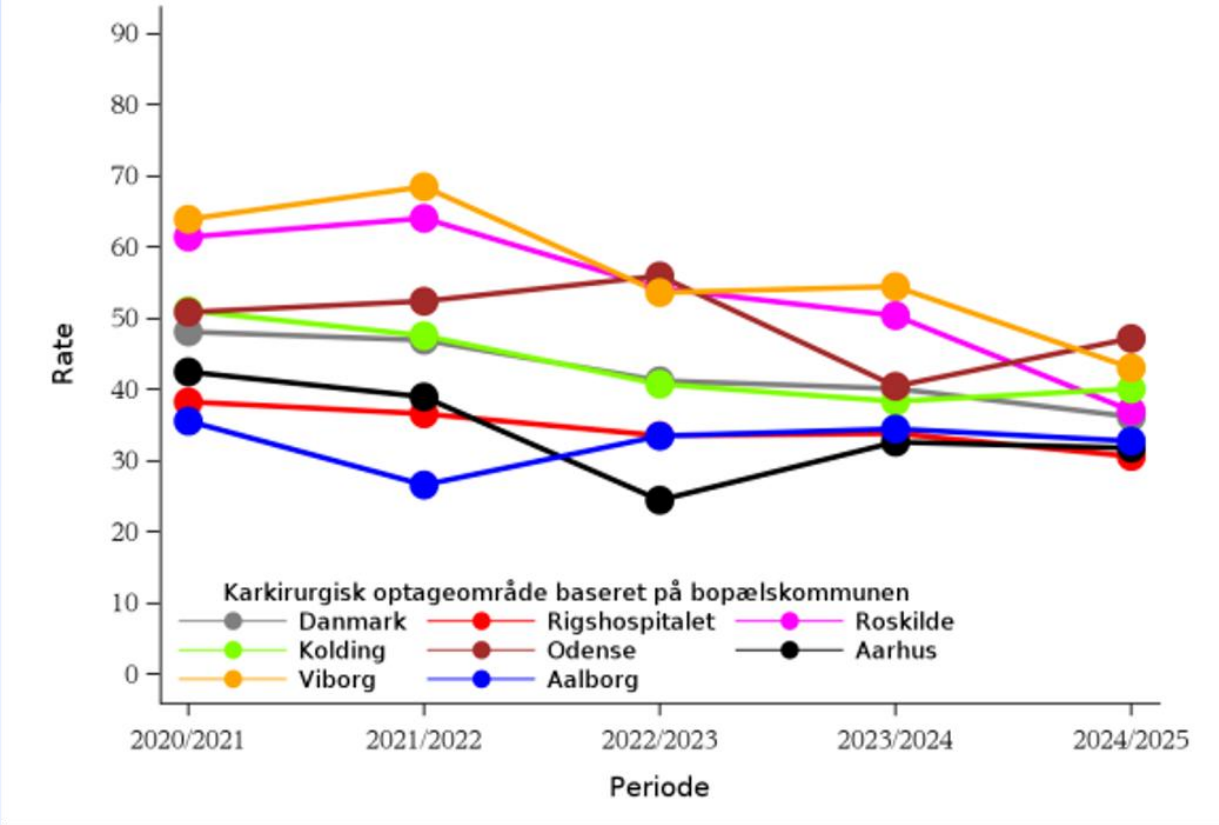
Hvornår skal man handle?

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Er variation et problem? En læringsmulighed? Eller begge dele?

Amputations per 100,000 people aged 50 and over





Rates of amputations of the hip, thigh, knee and lower leg among people aged 50 or older in the Danish regions, 2016–2021. A person may contribute more than one amputation to this analysis.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

1 Amputationssagen: fortolkning og handling

Hvad kan vi konkludere?

Færre amputationer samtidig med stabil karkirurgisk aktivitet.

Hvad skal vi gøre?

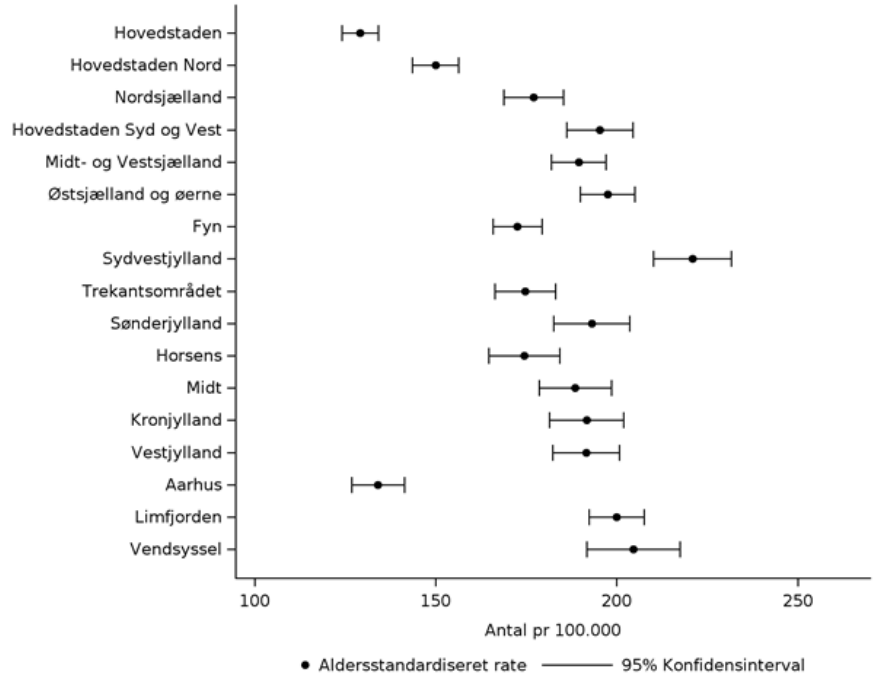
Undersøge hele patientforløbet og dele erfaringer.

Audit, hvor raterne stiger eller stagnerer.

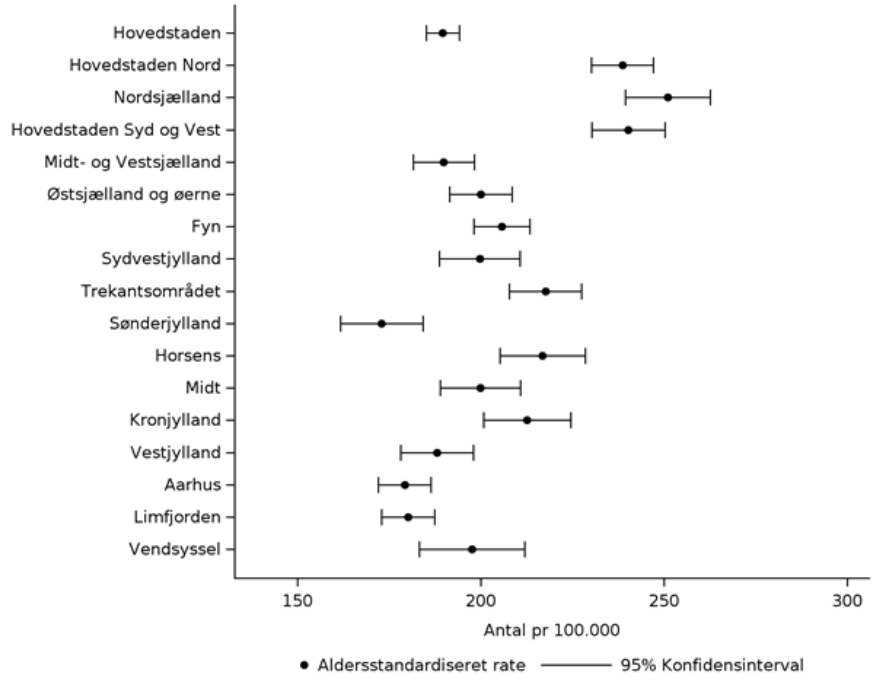
2 VVV-projektet: hvad viser data?

Aldersstandardiserede rater efter bopæl i 17 sundhedsråd, 2023–2025

Kolecystektomier



Kejsersnit



2 VVV-projektet: fortolkning og handling

Hvad kan vi konkludere?

Raterne varierer geografisk, også efter aldersstandardisering.

Analyserne afgør ikke alene, om forskellene er uønskede.

Hvad skal vi gøre?

Kvalificere fundene sammen med klinikerne.

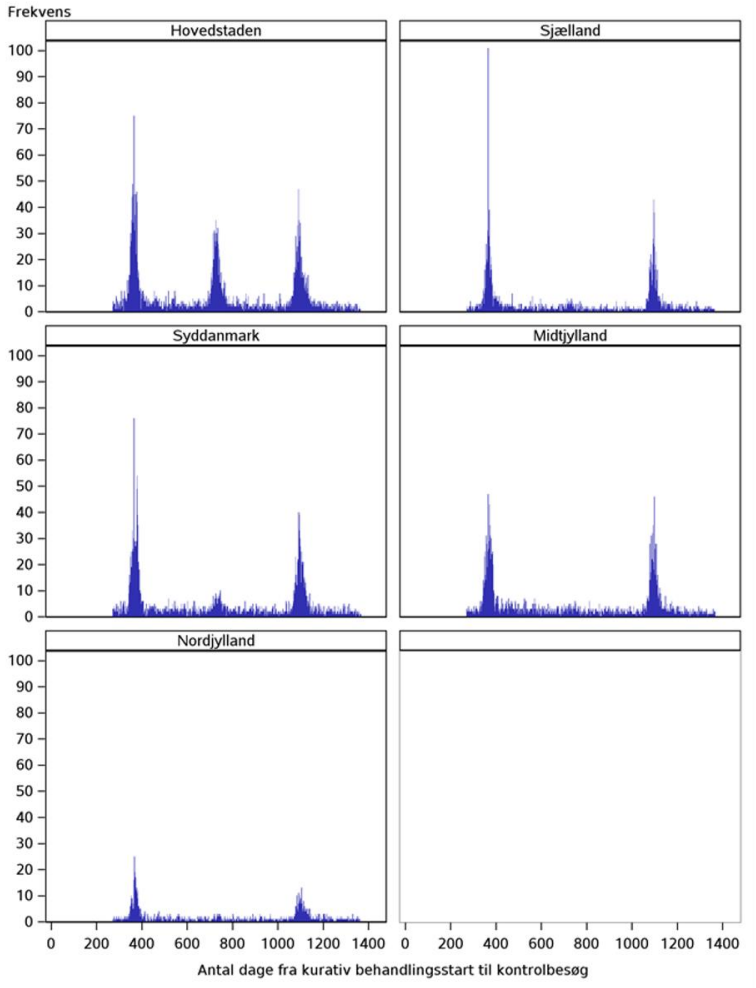
Undersøge indikation, patientbehov og præferencer.

Et højt eller lavt forbrug er et signal, der kræver en klinisk forklaring.

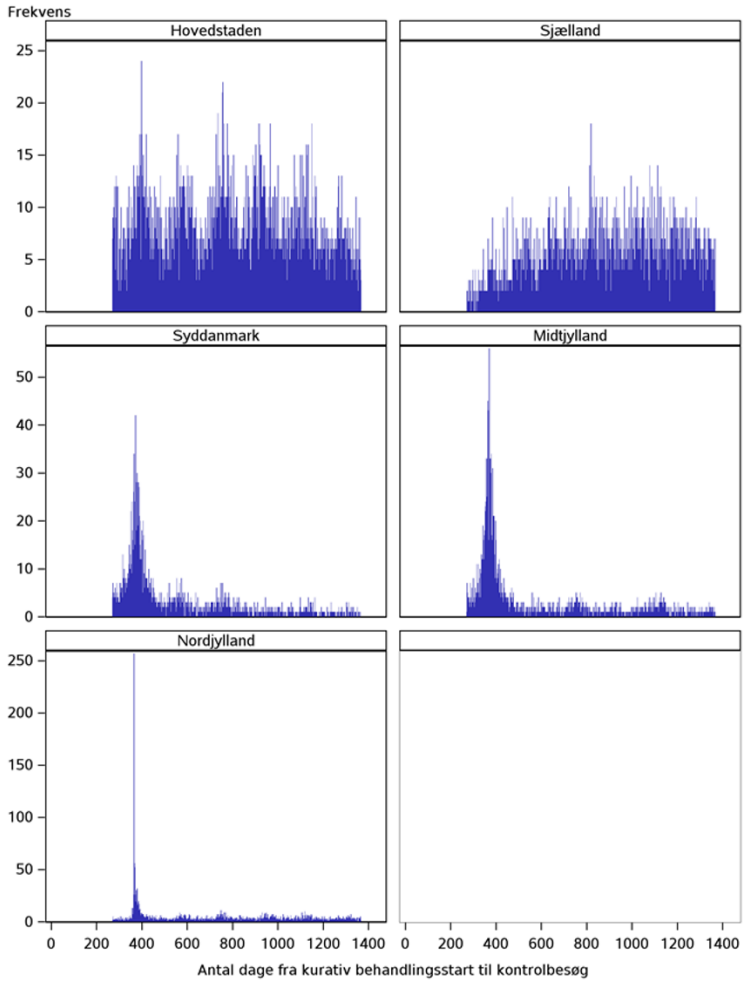
3 Kræftopfølgning: hvad viser data?

Foreløbige resultater: regionale forskelle i opfølgningsmønstre

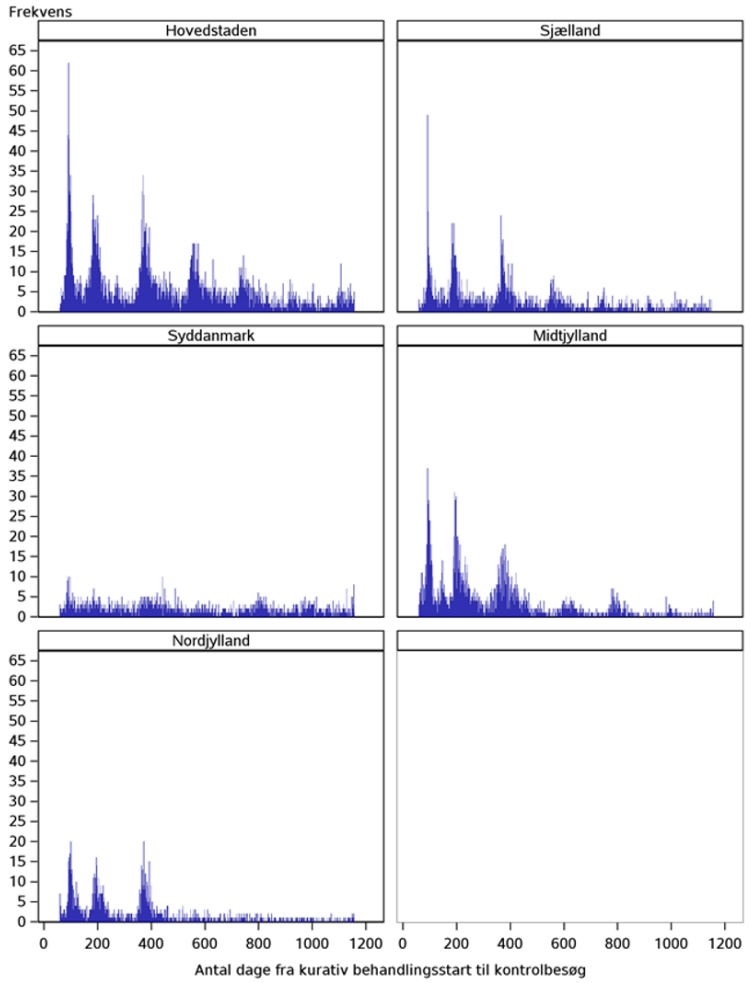
Skanning ved tarmkræft



Kontrol ved brystkræft



Kontrol ved prostatakræft



3 Kræftopfølgning: fortolkning og handling

Hvad kan vi konkludere?

Der er regionale forskelle i antal kontakter og deres placering over tid.

Hvad skal vi gøre?

Kvalificere resultaterne fagligt og sammenholde med retningslinjer.

Tre cases, tre spørgsmål til kvalitetsarbejdet

Amputationssagen	Hvornår er signalet stærkt nok til handling?
VVV-projektet	Hvilke forskelle kan vi forklare fagligt?
Kræftopfølgning	Hvad skal vi vide, før vi ændrer opfølgningen?