

Navn på register
**Årsrapport for [årstall] med
plan for forbedringstiltak**

OLA NORMANN¹, MEDEL SVENSSON² OG KARI NORMANN¹

¹*et Sykehus, et Foretak, et Sted*

²*en annen adresse, et annet Sted*

13. juli 2020

Om årsrapportmalen

Etablering av en mal for årsrapport for anvendelse av de nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres på bestilling av den interregionale styringsgruppen (styringsgruppen). SKDE står for det praktiske arbeidet med malen, og innholdet er basert på en rekke vedtak gjort i styringsgruppen samt innspill til justering fra relevante aktører i registermiljøet.

Ved bruk av malen til etablering av faktiske årsrapporter skal informasjonen som inngår i dette kapittelet fjernes.

Malen vil være et levende dokument som forvaltes av SKDE som fortløpende innarbeider alle vedtatte endringer. Siste versjon av malen vil således kunne fås ved henvendelse til SKDE. Dokumentet kan fritt distribueres. For full utnyttelse av malen bør årsrapporten produseres i L^AT_EX. Til dette kan man eksempelvis bruke programvaren [TexStudio](http://texstudio.sourceforge.net/)¹ som er fritt tilgjengelig og gratis i bruk.

Tabell 1: Endringslogg for dette dokumentet. Gjeldende versjon er siste oppføring i denne tabellen.

Versjon	Dato	Aktivitet	Ansvarlig
0.1	24. januar 2013	Opprettet første gang	Are Edvardsen
0.2	1. februar 2013	Endret etter innspill fra nodemøtet	Are Edvardsen
0.3	14. mars 2013	Endret etter innspill fra Leif Ivar Havelin, Svein Rotevatn, Reinhard Seifert, Sandra Julsen Hollung, Gro Andersen, Tore Solberg og Anne Marie Fenstad	Are Edvardsen
0.4	2. april 2013	Mindre endringer etter første møte i ekspertgruppen	Are Edvardsen
0.5	7. mai 2013	Etter interne innspill, restrukturering til 1) årsrapport og 2) planlagte tiltak. Mer veiledende tekst. Del ang. foretaksspesifikk rapportering er tatt ut av dokumentet	Are Edvardsen
0.6	16. mai 2013	Endring i beskrivelse av dekningsgrad, noen nye referanser og sammenslåing i generell registerbeskrivelse	Are Edvardsen
0.7	4. juni 2013	En hel del endringer og forenklinger etter diskusjon i ekspertgruppa 31. mai. Blant annet er sammendrag i tabellform med lenker til resten av dokumentet tatt ut	Eva Stensland, Are Edvardsen
0.9	13. juni 2013	Minimale endringer etter innspill fra møte i interregional styringsgruppe 12. juni	Eva Stensland

Tabellen fortsetter på neste side

¹<http://texstudio.sourceforge.net/>

Tabell 1: forts.

Versjon	Dato	Aktivitet	Ansvarlig
0.10	18. juni 2013	Nytt kapittel med generell bakgrunn og veiledning. Mindre endringer på form	Eva Stensland, Are Edvarsen
1.0	18. juni 2013	For bruk i årsrapporter for 2012	Are Edvarsen
1.1	3. april 2014	Endringer ift revidert stadielinndeling. Reversering av tidligere endringer: flytte Resultater frem og ta tilbake tabularisk sammendrag for hjelp til vurdering av stadium	Are Edvarsen, Eva Stensland
1.2	4. april 2014	Tabularisk sammendrag erstattet med stadiumvurdering i egen Del med referanser til øvrige deler av dokumentet	Are Edvarsen, Eva Stensland
1.3	7. april 2014	Gjennomgang og justering hvert pkt under stadielinndelingen. Små endringer i dokumentet forøvrig	Eva Stensland, Philip Skau, Gøril Nordgård, Are Edvarsen
1.4	24. april 2014	Små tekstlige og kosmetiske endringer	Philip Skau, Are Edvarsen
1.5	9. mai 2014	Større endringer etter behandling i ekspertgruppa 29. og 30. april 2014	Eva Stensland, Are Edvarsen
1.6	15. mai 2014	Mindre språklige endringer og oppdatering av momentliste ihht ny struktur	Eva Stensland, Are Edvarsen
1.7	6. juni 2014	Lagt inn eksempel på CheckBox for stadier og info i dokumentkoden, inkludert konvertering til msword	Are Edvarsen
2.0	11. juni 2014	Endringer etter innspill og vedtak i styringsgruppen 4. juni 2014. For bruk i årsrapporter for 2013	Eva Stensland, Are Edvarsen
2.1	3. oktober 2014	Rettelse av strukturell feil etter innspill fra Reinhard Seifert	Are Edvarsen
2.2	7. mai 2015	Lagt til Summary samt en del justering og tillegg til forklaringstekster. Lagt til nytt punkt om "Inklusjonskriterier" i kapittel 6.	Are Edvarsen
2.3	15. april 2016	Foreløpige endringer.	Eva Stensland mfl.
2.4	28. juni 2016	Oppdaterte lenker og tekst. Lagt til avkryssing for "Ikke aktuelt" i tabell for stadielvurdering	Eva Stensland
3.0	29. juni 2016	Klar for bruk i årsrapporter for 2015. Versjonshåndtering vil bli flyttet fra subversion til git med tilgjengeliggjøring gjennom GitHub.	Are Edvarsen
3.1	13. juni 2017	Endringer bedt om av interregional styringsgruppe, ekspertgruppen og servicemiljøet i Helse Vest. Eksperimentell del om dataaktualitet (datakvalitet) er også lagt til	Are Edvarsen
3.2	20. juni 2017	Eksperimentell del om dataaktualitet er tatt ut fordi den (foreløpig) ikke følges opp gjennom stadielvurderingen	Are Edvarsen
4.0	20. juni 2017	Klar for bruk i årsrapporter for 2016	Are Edvarsen

Tabellen fortsetter på neste side

Tabell 1: forts.

Versjon	Dato	Aktivitet	Ansvarlig
4.1	4. mai 2018	Endringer i veiledende tekst til årsrapporter for 2017 vist med utgående tekst i rødt og ny tekst i blått	Are Edvardsen, Lena Ringstad Olsen
5.0	4. mai 2018	For bruk i årsrapporter for 2017 med utvidet veiledningstekst, særlig i kapitlene 'Datakvalitet' og 'Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring'	Are Edvardsen
5.1	14. mai 2018	Oppmykning av krav, bla fjerning av krav 20 i stadium 4	Eva Stensland
6.0	26. mars 2019	For bruk i årsrapporter for 2018 med endringer i veiledningstekst og noen nye underkapitler	Are Edvardsen
6.1	27. mars 2019	Etter korrektur	Are Edvardsen
7.0	7. februar 2020	Årlig oppdatering	Marianne Nicolaisen
7.1	11. februar 2020	Feilrettinger	Marianne Nicolaisen
7.2	11. februar 2020	Tilgjengelig for redigering i Overleaf	Are Edvardsen
7.3	13. juli 2020	Egenmelding om oppfølging fra forrige år	Marianne Nicolaisen

Bakgrunn og veiledning til utfylling

Bakgrunn

En årsrapport fra et medisinsk kvalitetsregister bør utarbeides først og fremst for å vise hvilken nytte helsetjenesten har hatt av resultatene fra registeret, og hvordan registeret kan brukes til pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid. Årsrapporten bør utformes slik at den også kan leses og forstås av personer utenfor det aktuelle fagmiljø.

Malen for årsrapport er utarbeidet av Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre på bestilling av interregional styringsgruppe, for bruk av alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Malen inneholder sentrale rapporteringselementer som blant annet har sitt utgangspunkt i [stadieinndelingssystemet](#)² for kvalitetsregistre.

Mottaker for årsrapporten er det enkelte registers RHF. For å kunne gi en samlet oversikt over nasjonale kvalitetsregistres årsrapporter, samt å være grunnlag for publisering av resultater fra kvalitetsregistrene, ber vi om at kopi av rapporten også sendes SKDE innen innleveringsfristen. [Ekspertgruppen](#)³ vil gjøre en gjennomgang av alle årsrapportene for inneværende årsrapportperiode, og kategorisere de nasjonale kvalitetsregistrene i henhold til stadieinndelingssystemet.

Veiledning til utfylling

Datagrunnlaget for årsrapporten er data innsamlet i rapporteringsåret.

Kapittel 3 er resultatdelen av årsrapporten, og her fyller det enkelte register inn de resultater (tabeller, figurer og tekst) de ønsker å formidle. Det er et krav at man viser resultater fra de viktigste kvalitetsindikatorer i registeret, og at resultatene formidles på enhetsnivå.

Kapittel 4-8 i malen er beskrivende, og utfylles så langt det er mulig. Det vil være mange registre som mangler informasjon for utfylling av ett eller flere underkapitler. Ved manglende informasjon lar man det aktuelle underkapitlet stå tomt. Det er laget en veiledende tekst til alle underkapitler som har som hensikt å beskrive hvilken informasjon man ønsker fylt inn. I kapittel 5 og 7 er begrepet “enhet” brukt. Her fyller registeret inn informasjon på foretaks-, sykehus- eller avdelingsnivå avhengig av hvilken informasjon som er tilgjengelig i hvert enkelt register.

I hver helseregion finnes det representanter for det nasjonale servicemiljøet for medisinske kvalitetsregistre som kan svare på spørsmål angående årsrapporter. Kontaktinformasjon til disse finnes på servicemiljøets nettsider⁴.

²<https://www.kvalitetsregistre.no/artikkel/stadieinndeling>

³<https://www.kvalitetsregistre.no/ekspertgruppen>

⁴<https://www.kvalitetsregistre.no/om-nasjonalt-servicemiljo-medisinske-kvalitetsregistre>

Innhold

I	Årsrapport	7
1	Sammendrag/Summary	8
2	Registerbeskrivelse	9
2.1	Bakgrunn og formål	9
2.1.1	Bakgrunn for registeret	9
2.1.2	Registerets formål	9
2.1.3	Analyser som belyser registerets formål	9
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag	9
2.3	Faglig ledelse og dataansvar	9
2.3.1	Aktivitet i fagråd/referansegruppe	9
3	Resultater	10
3.1	Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM	10
3.2	Andre analyser	10
4	Metoder for fangst av data	11
5	Datakvalitet	12
5.1	Antall registreringer	12
5.2	Metode for beregning av dekningsgrad	12
5.3	Tilslutning	12
5.4	Dekningsgrad	12
5.5	Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet	13
5.6	Metoder for vurdering av datakvalitet	13
5.7	Vurdering av datakvalitet	13

6	Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring	14
6.1	Pasientgruppe som omfattes av registeret	14
6.2	Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer	14
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	14
6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse	15
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.	15
6.6	Etterlevelse av faglige retningslinjer	15
6.7	Identifisering av pasientrettede forbedringsområder	15
6.8	Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring	15
6.9	Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)	15
6.10	Pasientsikkerhet	16
7	Formidling av resultater	17
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø	17
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse	17
7.3	Resultater til pasienter	17
7.4	Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no	17
8	Samarbeid og forskning	18
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre	18
8.2	Vitenskapelige arbeider	18
II	Plan for forbedringstiltak	19
9	Videre utvikling av registeret	20
III	Stadievurdering	22
10	Referanser til vurdering av stadium	23
10.1	Vurderingspunkter	23
10.2	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	24

Del I

Årsrapport

Kapittel 1

Sammendrag/Summary

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Kortfattet sammendrag av de viktigste elementer man fra registerets side ønsker å formidle i årsrapporten. De viktigste resultater for behandlingskvalitet og kvalitetsforbedringstiltak bør angis.]

Summary in English

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Optionally, provide a summary of the annual report. Highlights from quality assessment and improvements are relevant here]

Kapittel 2

Registerbeskrivelse

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Informasjon til dette kapitlet hentes fra egen registerbeskrivelse, søknad om nasjonal status, etc.]

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

2.1.2 Registerets formål

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv analyser som er relevante for å oppfylle registerets formål. Registeret må beskrive hvilke analyser som er tenkt gjennomført for å oppfylle registerets formål, med hovedfokus på kvalitetsindikatorer og PROM/PREM.]

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

2.3 Faglig ledelse og dataansvar

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi navn på faglig leder og dataansvarlig institusjon.]

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi

- *antall møter,*
- *viktige saker som er behandlet mv.,*
- *medlemmer av fagrådet,*
- *hvem som er fagrådets leder,*
- *hvilke institusjoner medlemmene tilhører,*
- *om det finnes pasient- eller brukerrepresentant i fagrådet.*

Kapittel 3

Resultater

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Tekst, tabeller og figurer der resultater fra registeret presenteres, fortrinnsvis på sykehusnivå/enhetsnivå der dette er mulig. Kapitlet bes strukturert slik at resultater for sentrale kvalitetsindikatorer relevante for pasientrettet kvalitetsforbedring og resultater viktige for vurdering av stadielinndeling presenteres først.]

- Samlet nasjonalt resultat bør inngå i figuren

3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Resultater for alle kvalitetsindikatorer, samt resultater for PROM/PREM.]

- I alle figurer vises resultater på enhetsnivå
- Vis prosenter/gjennomsnitt for hver enhet
- Samlet nasjonalt resultat bør inngå i figuren

]

3.2 Andre analyser

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Resultater for øvrige analyser som ikke inngår i kap. 3.1. Kan med fordel deles opp i flere underkapitler.]

- I alle figurer vises resultater på enhetsnivå
- Vis prosenter/gjennomsnitt for hver enhet

Kapittel 4

Metoder for fangst av data

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv:

- *hva/hvem som registrerer (eksempelvis sykehuses egne fagsystemer, helsearbeidere, pasienter),*
- *hvordan innsamlingen skjer (eksempelvis elektronisk eller på papirskjema),*
- *angi elektronisk(e) løsning(er) for datafangst.*

]

Kapittel 5

Datakvalitet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Status og evaluering av registerets datakvalitet. I dette kapitlet skal det rapporteres på følgende dimensjoner ved datakvalitet:

- kompletthet (tilslutning, dekningsgrad og variabelkompletthet),
- korrekthet (validitet),
- reliabilitet (variasjon ved gjentatte målinger)]

Hvis registeret har utført ytterligere dokumentasjon/undersøkelse av datakvalitet, beskrives også dette her. For nærmere beskrivelser av ulike datakvalitetsdimensjoner, se [Datakvalitet på 1-2-3¹](#).]

5.1 Antall registreringer

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Per 31. desember for rapporteringsåret, angi antall individer/hendelser per enhet og år, samt totalt.]

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi:]

- ekstern kilde/register som er brukt for beregning av dekningsgrad på individnivå

¹<https://www.kvalitetsregistre.no/datakvalitet-pa-1-2-3>

- hvilken periode beregningene gjelder for
- hvordan analysene er gjort (metode)
- dersom det ikke er hensiktsmessig å beregne dekningsgrad mot uavhengig kilde, skal registeret redegjøre for dette og beskrive hvilken annen metode som benyttes for beregning av dekningsgrad.

5.3 Tilslutning

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi:

- om registeret samler data fra alle helseregioner
- andel av aktuelle sykehus/avdelinger som registrer i registeret
- dersom registerets pasientgruppe ikke behandles i alle regioner, presiseres dette
- hvilke enheter som skulle levert data, men som ikke gjør det.

5.4 Dekningsgrad

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi:

- resultat av dekningsgradsanalyse på individnivå for alle pasientgrupper samlet
- tidspunkt for gjennomføring av dekningsgradsanalysen
- dekningsgrad også på sykehus- eller enhetsnivå.

3. *reliabilitet, dvs. variasjon ved gjentatte målinger: angi hvilke og hvor stor andel av variablene som ikke var reliable og når undersøkelsen ble utført*

Gi en overordnet vurdering av funnene i datakvalitetsundersøkelsene og hvilken betydning dette har for tolkning av resultater fra registeret.]

]

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv infrastruktur og rutiner (eksempelvis opplæring av registrarer, informasjonsarbeid, logiske kontroller i innregistreringsløsning, automatiske datakontroller, regelmessige manuelle kontroller) som ivaretar riktige og komplette data fra innregistrerende enheter og i registeret sentralt.]

5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi metoder som er benyttet for beregning/vurdering av datakvalitet for resultatene som presenteres i kap. 5.7.]

5.7 Vurdering av datakvalitet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi viktige funn og en vurdering av resultatene fra undersøkelser av variabelkomplethet, korrekthet (validitet) og reliabilitet (reproduserbarhet) for kvalitetsindikatorene, og evt. i tillegg noen av de mest sentrale variablene:

1. *komplethet: angi graden av komplethet for sentrale variabler og variabler som inngår i kvalitetsindikatorer for rapporteringsåret*
2. *korrekthet: angi grad av samsvar mellom registeret og gullstandard (f.eks. journal) i prosent, og når undersøkelsen ble utført*

Kapittel 6

Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskrivelse av:

- registerets fagutvikling
- kliniske kvalitetsforbedringstiltak i rapporteringsperioden
- status og evaluering av pasientrapporterte resultater
- hvordan resultater fra registeret varierer med demografiske og sosiale forhold i pasientpopulasjonen.

]

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi inklusjonskriterier for registeret, eksempelvis definert av diagnosekoder og/eller prosedyrekoder.]

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:

- Redegjør for hvordan registerets beskrivelse av registervariablene foreligger (f.eks kodebok)
- Beskriv de viktigste variabler/indikatorer som angir grad av kvalitet (struktur-, prosess- og resultatmål). Det skal fremgå hvordan de er definert, og målnivåer eller andre metoder for evaluering av måloppnåelse dersom målnivå ikke er satt, skal beskrives. Se evt. [kvalitetsregistre.no](https://www.kvalitetsregistre.no)¹ for ytterligere beskrivelse.
- Oppgi gjerne hvilke av disse indikatorene som er, eller vil egne seg som, nasjonale kvalitetsindikatorer
- Oppgi kliniske kvalitetsindikatorer som er relevante for å vurdere hvorvidt de viktigste nasjonale eller internasjonale retningslinjer (der disse finnes) etterleves, alternativt for å vurdere hvorvidt “best practice”-anbefalinger etterleves

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:

¹<https://www.kvalitetsregistre.no/kvalitet-i-helsetjenesten#kvalitetsindikatorer>

- Beskriv hvilke instrumenter/skjema som brukes for rutinemessig innsamling av PROM/PREM, og gi begrunnelse for valg av instrument/skjema
- Beskriv eventuelle utfordringer knyttet til innsamling av PROM/PREM (eks. metodiske, tekniske, juridiske)
- Dersom registeret ikke har PROM/PREM - angi hvor langt registeret har kommet for å inkludere slike variabler
- Resultater presenteres/beskrives i kap. 3

]

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi hvilke analyser som eventuelt er utført. Resultater presenteres/beskrives i kap. 3.]

6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: I den grad det er relevant, beskriv hvordan registeret bidrar til etablering av:

- nasjonale retningslinjer,
- handlingsplaner/-program, og/eller
- nasjonale kvalitetsindikatorer.

]

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv (inter)nasjonale retningslinjer. Dersom (inter)nasjonale retningslinjer finnes, beskriv om]

etterlevelse av disse kan evalueres ved hjelp av variablene i registeret. Der (inter)nasjonale retningslinjer ikke finnes bør andre faglige retningslinjer eller “best practice” beskrives. Resultater beskrives i kap. 3.]

6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv pasientrettede forbedringsområder for registerets pasientpopulasjon som i rapporteringsåret er identifisert på bakgrunn av analyser fra registeret.]

6.8 Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv konkrete eksempler på tiltak som er igangsatt, kontinuert/videreført eller gjennomført i rapporteringsåret for pasientrettet kvalitetsforbedring der data fra registeret benyttes. Tiltakene kan være initiert og igangsatt/gjennomført av innregistrerende enheter/ fagmiljø eller av registeret.]

6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:

- Beskriv resultater av gjennomførte tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år, for pasientrettet kvalitetsforbedring for registerets pasientpopulasjon som er beskrevet i kap. 6.8 (for eksempel målinger før og etter tiltak)
- Beskriv hvordan resultater og tiltak kan spres til andre innrapporterende enheter

6.10 Pasientsikkerhet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hva som registreres av komplikasjoner og/eller uønskede hendelser i forbindelse med den behandling som registeret omfatter. Resultater presenteres og beskrives i kap. 3.]

Kapittel 7

Formidling av resultater

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvordan resultater fra registeret formidles til relevante mottakere. Dersom registeret ikke er i gang med slik formidling, skal registeret beskrive en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater til relevante mottakere.]

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:

- *Beskriv form og frekvens for rapportering av resultater, for eksempel om registrerende enheter har løpende tilgang til egne oppdaterte resultater basert på data og aggregerte nasjonale resultater*
- *Beskriv registerets resultattjeneste og hva som kreves for å få tilgang til de beskrevne resultatene*

]

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv form og frekvens på rapportering av resultater, og hvordan denne informasjonen formidles til ledelse og administrasjon.]

7.3 Resultater til pasienter

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv form og frekvens av tilpasset informasjon og eventuelt tilbakemeldinger fra pasienter.]

7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvilke kvalitetsindikatorer som presenteres på nettsiden kvalitetsregistre.no, og oppdateringsfrekvens. Resultater beskrives i kap. 3.]

Kapittel 8

Samarbeid og forskning

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Status og evaluering av samarbeid med andre registre/fagmiljø og vitenskapelig aktivitet.]

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv eventuelle samarbeid registeret har med andre registre eller relevante fagmiljø, nasjonalt eller internasjonalt.]

8.2 Vitenskapelige arbeider

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi:

- *antall utleveringer av data til forskningsformål i rapporteringsåret, og*
- *antall og titler på publikasjoner (publikasjonsliste) som er basert på data fra registeret i fagfellekvurderte tidsskrifter eller vitenskapelige konferanser i løpet av de siste to år*

]

Del II

Plan for forbedringstiltak

Kapittel 9

Videre utvikling av registeret

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:]

- *Beskriv de tiltak som er gjennomført i rapporteringsåret samt tiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår, basert på beskrevet status og evaluering av registeret*
- *Beskriv konkrete og realistiske tiltak for videre utvikling til neste stadium innen 3 år fra nåværende stadium ble oppnådd. Planen bør omfatte hvert punkt som per nå ikke er oppfylt i neste stadium*

Punktlisten under er et forslag til hva som kan inngå i en slik beskrivelse. For ytterligere forklaring av de ulike punktene, se respektive kapitler under Del I: [Årsrapport](#). Det kan gjerne tas med andre tiltak enn de nevnte forslagene.]

- Datafangst
 - Forbedring av metoder for fangst av data
- Datakvalitet
 - Nye registrerende enheter/avdelinger
 - Forbedring av dekningsgrad i registeret
 - Forbedring av registerets komplettethet
 - Forbedring av rutiner for intern kvalitetssikring av data
 - Oppfølging av resultater fra validering mot eksterne kilder
- Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten
 - Nye kvalitetsindikatorer
 - Nye variabler for pasientrapporterte resultater
 - Utvidet bruk av pasientrapporterte resultater
 - Nye demografiske variabler
 - Utvidet bruk av demografiske variabler
 - Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer

- Registrerende enheters etterlevelse av faglige retningslinjer
 - Identifiserte kliniske forbedringsområder
 - Økt bruk av resultater til pasientrettet kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon/enhet
- Formidling av resultater
 - Forbedring av resultatformidling til deltagende fagmiljø
 - Forbedring av resultatformidling til administrasjon og ledelse
 - Forbedring av resultatformidling til pasienter
 - Forbedring av hvordan resultater på institusjonsnivå publiseres
- Samarbeid og forskning
 - Nye samarbeidspartnere
 - Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet

Del III

Stadievurdering

Kapittel 10

Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oversikt over vurderingspunkter som legges til grunn for stadielinndeling av registre¹ med referanser til relevant informasjon gitt i årsrapporten. Denne delen fylles ut og er ment som en hjelp til registeret og ekspertgruppen i vurdering av registeret. Stadium 1 er oppfylt når registeret har status som nasjonalt.]

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Navn på register og registerets egen evaluering.*

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [<i>årstall</i>]	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3, 5.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	7.1, 7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del II, 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabellen fortsetter på neste side

Tabellen fortsetter på neste side

¹<https://www.kvalitetsregistre.no/node/704>

Tabell 10.1: forts.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [<i>årstall</i>]	
			Ja	Nei
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	7.1, 7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	3, 6.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II, 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	5.6, 5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Registrerende enheter har tilgang til oppdaterte egne personentydige resultater og aggregerte nasjonale resultater	7.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	8.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater for PROM/PREM (der dette er mulig)	3.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå A				
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret	6.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå B				
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	6.7, 6.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå C				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvordan registeret har fulgt opp ekspertgruppens kommentarer i vurderingstekst til forrige årsrapport.]