

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

OLA NORMANN<sup>1</sup>, MEDEL SVENSSON<sup>2</sup> OG KARI NORMANN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*et Sykehus, et Foretak, et Sted*

<sup>2</sup>*en annen adresse, et annet Sted*

30. april 2018

# 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 klinisk 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](#)<sup>1</sup> for kvalitetsregistre, og en resultatdel.

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](#)<sup>2</sup> vil gjøre en gjennomgang av alle årsrapportene for inneværende årsrapportperiode, og kategorisere de nasjonale kvalitetsregistrene i henhold til stadieinndelingssystemet.

## Veiledning til utfylling

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 "institusjon" brukt. Her fyller registeret inn informasjon på foretaks-, sykehus- eller avdelingsnivå avhengig av hvilken informasjon som er tilgjengelig i hvert enkelt register.

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 sykehusnivå.

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 [nettsider](#)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/artikkel/stadieinndeling>

<sup>2</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/ekspertgruppen>

<sup>3</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/om-nasjonalt-servicemiljo-medisinske-kvalitetsregistre>

# Innhold

<b>I</b>	<b>Årsrapport</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Sammendrag/Summary</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Registerbeskrivelse</b>	<b>5</b>
2.1	Bakgrunn og formål . . . . .	5
2.1.1	Bakgrunn for registeret . . . . .	5
2.1.2	Registerets formål . . . . .	5
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag . . . . .	5
2.3	Faglig ledelse og databehandlingsansvar . . . . .	5
2.3.1	Aktivitet i fagråd/referansegruppe . . . . .	5
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Metoder for fangst av data</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Metodisk kvalitet</b>	<b>8</b>
5.1	Antall registreringer . . . . .	8
5.2	Metode for beregning av dekningsgrad . . . . .	8
5.3	Tilslutning . . . . .	8
5.4	Dekningsgrad . . . . .	8
5.5	Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet . . . . .	8
5.6	Metode for validering av data i registeret . . . . .	8
5.7	Vurdering av datakvalitet . . . . .	9

<b>6</b>	<b>Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring</b>	<b>10</b>
6.1	Pasientgruppe som omfattes av registeret . . . . .	10
6.2	Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer . . . . .	10
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) . . . . .	10
6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse . . . . .	10
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. . . . .	10
6.6	Etterlevelse av nasjonale retningslinjer . . . . .	11
6.7	Identifisering av kliniske forbedringsområder . . . . .	11
6.8	Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret . . . . .	11
6.9	Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis) . . . . .	11
6.10	Pasientsikkerhet . . . . .	11
<b>7</b>	<b>Formidling av resultater</b>	<b>12</b>
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø . . . . .	12
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse . . . . .	12
7.3	Resultater til pasienter . . . . .	12
7.4	Publisering av resultater på institusjonsnivå . . . . .	12
<b>8</b>	<b>Samarbeid og forskning</b>	<b>13</b>
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre . . . . .	13
8.2	Vitenskapelige arbeider . . . . .	13
<b>II</b>	<b>Plan for forbedringstiltak</b>	<b>14</b>
<b>9</b>	<b>Forbedringstiltak</b>	<b>15</b>
<b>III</b>	<b>Stadievurdering</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>Referanser til vurdering av stadium</b>	<b>18</b>

Del I

Årsrapport

# Kapittel 1

## Sammendrag/Summary

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: 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 I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Optionally, provide a summary of the annual report. Highlights from quality assessment and improvements are relevant here]*

## Kapittel 2

# Registerbeskrivelse

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Informasjon til dette kapitlet hentes fra egen registerbeskrivelse, søknad om nasjonal status, konsesjonssøknad etc.]*

### Bakgrunn og formål

#### Bakgrunn for registeret

#### Registerets formål

### Juridisk hjemmelsgrunnlag

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Er registeret basert på konsesjon eller forskrift? I tilfelle konsesjon, angi eventuell tidsbegrensning for denne.]*

### Faglig ledelse og databehandlingsansvar

#### Aktivitet i fagråd/referansegruppe

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Antall møter, viktige saker som er behandlet mv. Beskriv sammensetning av fagrådet og angi spesifikt om det finnes pasient- eller bruker-representant i fagrådet.]*

## Kapittel 3

# Resultater

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Tekst, tabeller og figurer der resultater fra registeret presenteres. Kapitlet bes strukturert slik at resultater for sentrale kvalitetsindikatorer relevante for klinisk kvalitetsforbedring og resultater viktige for vurdering av stadieinndeling presenteres først.]*



## Kapittel 4

# Metoder for fangst av data

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv hva/hvem som registrerer (eksempelvis sykehusenes egne fagsystemer, helsearbeidere, pasienter) og hvordan innsamlingen skjer (eksempelvis elektronisk eller på papirskjema).]*

# Kapittel 5

## Metodisk kvalitet

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Status og evaluering av registerets datakvalitet. Dekningsgraden angir forholdet mellom registrerte individer og det man basert på uavhengige kilder (f.eks. NPR<sup>1</sup>) vet eller antar skal være det totale antall mulige registrerbare individer i det aktuelle året. Validitet angir graden av korrekthet for én eller et sett av opplysninger gjerne basert på en sammenligning mot andre, uavhengige kilder.]*

### Antall registreringer

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Per 31. desember for rapporteringsåret, angi antall individer/hendelser totalt og per institusjon. Kan også brytes opp i antall per år.]*

### Metode for beregning av dekningsgrad

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi kilder/registre som er brukt, for hvilken periode beregningene gjelder for og hvordan analysene er gjort (metode).]*

---

<sup>1</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/malpopulasjon-og-dekningsgrad#idx-1>

### Tilslutning

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Oppgi om registeret samler data fra HF i alle regioner og andel av aktuelle sykehus/avdelinger som sender data til registeret.]*

### Dekningsgrad

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi resultat av dekningsgradsanalyse på individnivå for hele registeret og tidspunkt for gjennomføring av dekningsgradsanalysen.]*

### Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv infrastruktur og rutiner (eksempelvis opplæring, informasjonsarbeid, tekniske støttesystemer) som ivaretar riktige og komplette data fra innregistrerende enheter og i registeret sentralt.]*

### Metode for validering av data i registeret

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv hvilke eksterne kilder som er benyttet og hvordan dette er sammenholdt med*

*registerets data. Beskriv metoden for valideringsstudien.]*

## **Vurdering av datakvalitet**

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi viktige funn og en vurdering av resultatene fra valideringsanalyser slik som funn av systematiske feil, tilfeldige feil og antatt effekt dette har på validitet for hele registeret. Angi graden av kompletthet for sentrale variabler.]*

## Kapittel 6

# Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskrivelse av registerets fagutvikling og kliniske kvalitetsforbedringstiltak i rapporteringsperioden, herunder også status og evaluering av pasientrapporterte resultater og hvordan resultater fra registeret varierer med demografiske og sosiale forhold i pasientpopulasjonen.]*

### Pasientgruppe som omfattes av registeret

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi inklusjonskriterier for registeret, eksempelvis definert av diagnosekoder og/eller prosedyrekoder.]*

### Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv de viktigste variabler/indikatorer som angir grad av kvalitet (struktur-, prosess- og resultatmål). Se også [kvalitetsregistre.no](https://www.kvalitetsregistre.no)<sup>1</sup> for ytterligere beskrivelse. Indikér hvilke av disse som vil egne seg som nasjonale kvalitetsindikatorer.]*

<sup>1</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/registerarbeid>

### Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv hvilke instrumenter som benyttes eller angi hvor langt registeret har kommet for å inkludere slike variabler. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

### Sosiale og demografiske ulikheter i helse

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi hvilke analyser som eventuelt er utført. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

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

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: I den grad det er relevant, beskriv hvordan registeret bidrar til etablering av nasjonale retningslinjer, handlingsplaner/-program]*

## **Etterlevelse av nasjonale retningslinjer**

*komplikasjoner og/eller uønskede hendelser i forbindelse med den behandling som registeret omfatter. I den grad registeret rapporterer til pasientsikkerhetsprogrammet, tas dette med.]*

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Dersom nasjonale retningslinjer finnes, beskriv om disse er inkludert som variabler i registeret. Der nasjonale retningslinjer ikke finnes bør best practice beskrives. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

## **Identifisering av kliniske forbedringsområder**

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv kliniske forbedringsområder som er identifisert på bakgrunn av analyser fra registeret.]*

## **Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret**

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi konkrete prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret. Beskriv hvordan registeret bidrar til oppstart og gjennomføring av klinisk kvalitetsforbedringsarbeid lokalt hos innregistrerende institusjoner.]*

## **Evaluerings av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)**

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv resultater av gjennomførte tiltak for kvalitetsforbedringer i kap. 6.8.]*

## **Pasientsikkerhet**

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv hva som registreres av*

## Kapittel 7

# Formidling av resultater

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Status og evaluering av formidlingsform og -frekvens av resultater fra registeret. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

### Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv form og frekvens, eventuelt tilbakemeldinger på relevans, endringsønsker mm.]*

### Resultater til administrasjon og ledelse

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv form og frekvens, og hvordan denne informasjonen formidles til ledelse og administrasjon.]*

### Resultater til pasienter

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv form og frekvens av tilpasset informasjon og eventuelt tilbakemeldinger fra pasienter, særlig i forhold til nytten av informasjonen fra registeret.]*

### Publisering av resultater på institusjonsnivå

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv hvor/til hvem, form og frekvens. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

## Kapittel 8

# Samarbeid og forskning

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Status og evaluering av samarbeid med andre registre/fagmiljø og vitenskapelig aktivitet.]*

### Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Beskriv eventuelle samarbeid registeret har med andre registre eller relevante fagmiljø, nasjonalt eller internasjonalt.]*

### Vitenskapelige arbeider

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Angi bidrag fra registeret i fagfelle-vurderte tidsskrifter, vitenskapelige konferanser, utdanning av doktorgradsstipendiater eller lignende i løpet av de siste to år.]*

## Del II

# Plan for forbedringstiltak



## Kapittel 9

# Forbedringstiltak

*[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Basert på beskrevet status og evaluering av registeret, beskriv de tiltak som er gjennomført inneværende år samt tiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår. Punktlisten under kan brukes som et utgangspunkt og hjelp til hva som kan inngå i en slik beskrivelse. For ytterligere forklaring av de ulike punktene, se respektive kapitler under Del I: Årsrapport.]*

- Datafangst
  - Forbedring av metoder for fangst av data
- Metodisk kvalitet
  - Nye registrerende enheter/avdelinger
  - Forbedring av dekningsgrad i registeret
  - Endringer av rutiner for intern kvalitetssikring av data
  - Oppfølging av resultater fra validering mot eksterne kilder
- Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten
  - Nye kvalitetsindikatorer
  - Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret
  - Utvidet bruk av pasientrapporterte resultater
  - Nye demografiske variabler som skal inn i registeret
  - Utvidet bruk av demografiske variabler
  - Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer
  - Registrerende enheters etterlevelse av nasjonale retningslinjer
  - Økt bruk av resultater til klinisk kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon
  - Prioriterte, kliniske forbedringsområder
- 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

[Veiledning – SLETTES I ENDELIG UTGAVE AV RAPPORTEN: Oversikt over vurderingspunkter som legges til grunn for stadielinndeling av registre<sup>1</sup> 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*

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei	Ikke aktuell
<b>Stadium 2</b>					
1	Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner	3, 5.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer resultater på nasjonalt nivå	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og løpende rapportering av resultater på sykehusnivå tilbake til deltakende enheter	7.1, 7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 3</b>					
6	Kan redegjøre for registerets datakvalitet	5.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Har beregnet dekningsgrad mot uavhengig datakilde	5.2, 5.3, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Har dekningsgrad over 60 %	5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte og nasjonale resultater	7.1, 7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste nasjonale retningslinjer der disse finnes	6.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har identifisert kliniske forbedringsområder basert på analyser fra registeret	6.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Tabellen fortsetter på neste side*

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

Tabell 10.1: forts.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei	Ikke aktuell
12	Brukes til klinisk kvalitetsforbedringsarbeid	6.8, 6.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Resultater anvendes vitenskapelig	8.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer resultater for PROM/PREM	6.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 4</b>					
16	Kan dokumentere registerets datakvalitet gjennom valideringsanalyser	5.6, 5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Presenterer oppdatert dekningsgradsanalyse hvert 2. år	5.2, 5.3, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Har dekningsgrad over 80%	5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Registrerende enheter har løpende (on-line) tilgang til oppdaterte egne og nasjonale resultater	7.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Resultater fra registeret er tilpasset og tilgjengelig for pasienter	7.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kunne dokumentere at registeret har ført til kvalitetsforbedring/endret klinisk praksis	6.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>