

*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*

4. mai 2018

# 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<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X. Til dette kan man eksempelvis bruke programvaren [TexStudio](http://texstudio.sourceforge.net/)<sup>1</sup> 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*

---

<sup>1</sup><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 Edvardsen
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 Edvardsen, Eva Stensland
1.2	4. april 2014	Tabularisk sammendrag erstattet med stadiumvurdering i egen Del med referanser til øvrige deler av dokumentet	Are Edvardsen, 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 Edvardsen
1.4	24. april 2014	Små tekstlige og kosmetiske endringer	Philip Skau, Are Edvardsen
1.5	9. mai 2014	Større endringer etter behandling i ekspertgruppa 29. og 30. april 2014	Eva Stensland, Are Edvardsen
1.6	15. mai 2014	Mindre språklige endringer og oppdatering av momentliste ihht ny struktur	Eva Stensland, Are Edvardsen
1.7	6. juni 2014	Lagt inn eksempel på CheckBox for stadier og info i dokumentkoden, inkludert konvertering til msword	Are Edvardsen
2.0	11. juni 2014	Endringer etter innspill og vedtak i styringsgruppen 4. juni 2014. For bruk i årsrapporter for 2013	Eva Stensland, Are Edvardsen
2.1	3. oktober 2014	Rettelse av strukturell feil etter innspill fra Reinhard Seifert	Are Edvardsen
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 Edvardsen
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 Edvardsen
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 Edvardsen
3.2	20. juni 2017	Eksperimentell del om dataaktualitet er tatt ut fordi den (foreløpig) ikke følges opp gjennom stadielvurderingen	Are Edvardsen
4.0	20. juni 2017	Klar for bruk i årsrapporter for 2016	Are Edvardsen

*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

# 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>2</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>3</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>4</sup>.

---

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

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

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

# Innhold

<b>I</b>	<b>Årsrapport</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Sammendrag/Summary</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Registerbeskrivelse</b>	<b>9</b>
2.1	Bakgrunn og formål . . . . .	9
2.1.1	Bakgrunn for registeret . . . . .	9
2.1.2	Registerets formål . . . . .	9
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag . . . . .	9
2.3	Faglig ledelse og databehandlingsansvar . . . . .	9
2.3.1	Aktivitet i fagråd/referansegruppe . . . . .	9
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Metoder for fangst av data</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Metodisk kvalitetDatakvalitet</b>	<b>12</b>
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	Metode for validering av data i registeret . . . . .	13
5.7	Vurdering av datakvalitet . . . . .	13

<b>6</b>	<b>Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring</b>	<b>14</b>
6.1	Pasientgruppe som omfattes av registeret . . . . .	14
6.2	Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer . . . . .	14
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) . . . . .	14
6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse . . . . .	14
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. . . . .	15
6.6	Etterlevelse av nasjonale retningslinjer . . . . .	15
6.7	Identifisering av kliniske forbedringsområder . . . . .	15
6.8	Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret . . . . .	15
6.9	Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis) . . . . .	15
6.10	Pasientsikkerhet . . . . .	15
<b>7</b>	<b>Formidling av resultater</b>	<b>16</b>
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø . . . . .	16
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse . . . . .	16
7.3	Resultater til pasienter . . . . .	16
7.4	Publisering av resultater på institusjonsnivå . . . . .	16
<b>8</b>	<b>Samarbeid og forskning</b>	<b>17</b>
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre . . . . .	17
8.2	Vitenskapelige arbeider . . . . .	17
<b>II</b>	<b>Plan for forbedringstiltak</b>	<b>18</b>
<b>9</b>	<b>Forbedringstiltak</b>	<b>19</b>
<b>III</b>	<b>Stadievurdering</b>	<b>21</b>
<b>10</b>	<b>Referanser til vurdering av stadium</b>	<b>22</b>

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, konsesjonssøknad etc.]*

### 2.1 Bakgrunn og formål

#### 2.1.1 Bakgrunn for registeret

#### 2.1.2 Registerets formål

### 2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

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

### 2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

#### 2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Antall møter, viktige saker som er behandlet mv. Beskriv sammensetning av fagrådet og angi spesifikt om det finnes pasient- eller brukerrepresentant i fagrådet.]*

## Kapittel 3

# Resultater

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:  
Tekst, tabeller og figurer der resultater fra registeret  
presenteres. Kapitlet bes strukturert slik at resul-  
tater 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 VED UTFYLLING: Beskriv hva/hvem som registrerer (eksempelvis sykehusenes egne fagsystemer, helsearbeidere, pasienter) og hvordan innsamlingen skjer (eksempelvis elektronisk eller på papirskjema).]*

## Kapittel 5

# Metodisk kvalitetDatakvalitet

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Status og evaluering av registerets datakvalitet. Dekningsgraden angir forholdet mellom registrerte hendelser/individer og det man basert på uavhengige kilder (f.eks. NPR<sup>1</sup>) vet eller antar skal være det totale antall mulige registrerbare hendelser/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. Man bør kunne si noe om alle dimensjoner ved datakvalitet:

- kompletthet (dekningsgrad og ufullstendige registreringer)
- validitet (gyldighet)
- sammenlignbarhet (registreres egentlig det samme på alle avdelinger)
- aktualitet (registreringsforsinkelse)
- reliabilitet (variasjon ved gjentatte målinger)

Se Valideringshåndboken<sup>2</sup> for nærmere beskrivelse.]

### 5.1 Antall registreringer

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

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

<sup>2</sup><https://www.kvalitetsregistre.no/om-datakvalitet#kvalitetsdimensjoner>

### 5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi kilder/registre som er brukt, for hvilken periode beregningene gjelder for og hvordan analysene er gjort (metode).]

### 5.3 Tilslutning

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi om registeret samler data fra HF i alle regioner og andel av aktuelle sykehus/avdelinger som sender data til registeret.]

### 5.4 Dekningsgrad

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi resultat av dekningsgradsanalyse på individnivå for hele registeret og tidspunkt for gjennomføring av dekningsgradsanalysen. Angi resultat av dekningsgradsanalyse på individnivå for hele registeret totalt og tidspunkt for gjennomføring av dekningsgradsanalysen. Dekningsgrad på sykehus- eller enhetsnivå bør oppgis og gjerne på gruppenivå (for eksempel diagnosegrupper) der dette er relevant. Resultater av frafallsundersøkelser bør om mulig også angis. Det betyr å undersøke om populasjonen som ikke er inkludert i registeret er sammenlignbar med populasjonen i registeret. Hvis populasjonene er like indikerer det at man i registeret har et tilfel-

*dig utvalg og at manglende registrerer derfor er mindre kritisk. ]*

## 5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

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

## 5.6 Metode for validering av data i registeret

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Validitet angir graden av korrekthet for én eller et sett av opplysninger gjerne basert på sammenligning mot andre, uavhengige kilder. Beskriv hvilke eksterne kilder som er benyttet og hvordan dette er sammenholdt med registerets data. Beskriv metoden for valideringsstudien, eksempelvis: ]*

- *hvilke sykehus, avdelinger eller enheter som ble validert og hvordan/hvorfor disse ble valgt,*
- *hvilke variabler som ble validert,*
- *tidsrom som dekkes av de data som benyttes i studien,*
- *hvor stor andel av hendelser eller pasienter som ble benyttet i studien, og*
- *andre hensyn som er tatt under valideringsstudien.*

*]*

## 5.7 Vurdering av datakvalitet

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Følgende vil være relevant å ta med i vurdering av datakvalitet:*

- *Angi viktige funn og en vurdering av resultatene fra **valideringsanalyser** alle dimensjoner av datakvalitet der dette er relevant og utført; validitet, reliabilitet og kompletthet. Et eksempel er **slik som** funn av systematiske feil **eller**, tilfeldige feil og antatt effekt dette har på **validitet datakvalitet** for hele registeret.*
- *Angi graden av kompletthet for sentrale variabler.*
- *Vis registreringsforsinkelse (aktualitet), det vil si tid fra hendelse (eksempelvis innleggelse eller utskriving) til hendelsen er registrert i registeret (registreres egentlig det samme på alle avdelinger)*
- *Gi en vurdering av sammenlignbarhet (registreres egentlig det samme på alle avdelinger og over tid) for enkeltvariabler i registeret og oppgi områder i registeret som eventuelt er kjent ikke-sammelnbare og/eller vis til dokumentasjon av endinger i variabelsettet*
- *Si noe om reliabiliteten, dvs. 'treffsikkerheten'/variasjonen ved gjentatte målinger*

## Kapittel 6

# Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: 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.]*

### 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 spesifikke kvalitetsindikatorer

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv de viktigste variabler/indikatorer som angir grad av kvalitet (struktur-, prosess- og resultatmål). Se også kvalitetsregistre.no<sup>1</sup> for ytterligere beskrivelse. Av kvalitetsindikatorbeskrivelsen skal det tydelig framgå hvordan indikatorene er definert. For eksempel om det gjøres utvalg på subgrupper av registerpopulasjonen og om man ser på alle hendelser eller bare nyeste hendelse for hver pasient. Indikér*

*Angi gjerne hvilke av disse indikatorene som vil egne seg som nasjonale kvalitetsindikatorer.]*

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

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: 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.]*

### 6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

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

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

## 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]*

## 6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Der som 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.]*

## 6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv kliniske forbedringsområder som er identifisert på bakgrunn av analyser fra registeret i løpet av de siste tre årene.]*

## 6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi konkrete prosjekter for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret i løpet av de siste tre årene. Beskriv hvordan registeret bidrar til oppstart og gjennomføring av klinisk kvalitetsforbedringsarbeid lokalt hos innregistrerende institusjoner.]*

## 6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv resultater av gjennomførte tiltak for kvalitetsforbedringer i kap. 6.8.]*

## 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. I den grad registeret rapporterer til pasientsikkerhetsprogrammet, tas dette med.]*



# Kapittel 7

## Formidling av resultater

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Status og evaluering av formidlingsform og -frekvens av resultater fra registeret. Resultater i seg selv beskrives i kap. 3.]*

### 7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv form og frekvens, eventuelt tilbakemeldinger på relevans, endringsønsker mm.]*

### 7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv form og frekvens, 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, særlig i forhold til nytten av informasjonen fra registeret.]*

### 7.4 Publisering av resultater på institusjonsnivå

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvor/til hvem, form og frekvens. Resultater i seg selv 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 bidrag fra registeret i fagfelleverderte 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 VED UTFYLLING: 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 VED UTFYLLING:** 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"/>