

Eksempel på tabell med oversikt over alle kvalitetsindikatorer, kap. 2.1:

Kvalitetsindikator	Definisjon	Måloppnåelse
A1: Dekningsgrad	Andel av alle hjerteinfarkt som sykehuset har meldt til Norsk pasientregister som sykehuset også meldte til Norsk hjerteinfarktregister.	Mindre god: <70 % God: 70 % - 84 % Meget god: ≥85 %
A2: Registreringsskjema ferdigstilt innen 60 dager	Andel av alle registreringsskjema som sykehuset sendte til registeret og som ble ferdigstilt innen 60 dager etter at pasienten ble utskrevet fra sykehuset.	Mindre god: <70 % God: 70 % - 89 % Meget god: ≥90 %
A3: Andel besvarte PROM-skjema	Andel av aktuelle pasienter som besvarte spørsmål om livskvalitet (PROM).	Mindre god: <50 % God: 50 % - 69 % Meget god: ≥70 %
B: Reperfusjonsbehandling ved STEMI	Andel pasienter under 85 år med STEMI og under 12 timers sykehistorie som ble behandlet med trombolyse og/eller gjennomgikk invasiv koronarutredning og eventuell revaskularisering (PCI).	Mindre god: <80 % God: 80 % - 89 % Meget god: ≥90 %
C: Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI	Andel av pasienter under 85 år med STEMI og under 12 timers sykehistorie som innen anbefalt tid ble behandlet med trombolyse eller gjennomgikk invasiv koronar utredning og eventuell revaskularisering.	Mindre god: <70 % God: 70 % - 84 % Meget god: ≥85 %
C1: Trombolyse innen anbefalt tid ved STEMI	Andel av pasienter under 85 år med STEMI og under 12 timers sykehistorie der trombolyse ble valgt som initial reperfusjonsstrategi som fikk trombolyse innen 30 minutter etter første medisinske kontakt.	Mindre god: <50 % God: 50 % - 79 % Meget god: ≥80 %
C2: Primær PCI innen anbefalt tid ved STEMI	Andel pasienter under 85 år med STEMI og under 12 timers sykehistorie der primær PCI ble valgt som initial reperfusjonsmetode som fikk primær PCI innen 120 minutter etter første medisinske kontakt.	Mindre god: <70 % God: 70 % - 84 % Meget god: ≥85 %
D: Koronar angiografi ved NSTEMI	Andel pasienter under 85 år med NSTEMI som ble undersøkt med CT koronar angiografi eller invasiv koronar angiografi i løpet av sykehusoppholdet.	Mindre god: <70 % God: 70 % - 84 % Meget god: ≥85 %
E: Koronar angiografi innen 72 timer ved NSTEMI	Andel pasienter under 85 år med NSTEMI som ble undersøkt med CT eller invasiv koronar angiografi innen 72 timer etter sykehusinnleggelse.	Mindre god: <50 % God: 50 % - 79 % Meget god: ≥80 %

## 2.1 Kvalitetsindikatorer

Eksempel på utfylling av tabell per kvalitetsindikator:

Definisjon/beskrivelse	Andel pasienter med hjerneinfarkt utskrevet fra sykehus med statiner/lipidsenkende medikamenter
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Høy: 75 %, moderat: 65 %, lav: <65 %
Kunnskapsgrunnlag	Nasjonal retningslinje for behandling av hjerneslag. SIGN Grad A / Nivå 1A
Beregning	Teller: Antall pasienter utskrevet fra sykehus med statiner/lipidsenkende medikamenter, inkludert de som har startet med statiner innen 3 måneder  Nevner: Antall pasienter registrert i NHR med hjerneinfarkt som er utskrevet i live

## Pasientrettet kvalitetsforbedring, basert på kunnskap fra registeret

Kap. 5.1 og 5.2 i årsrapporten omhandler pasientrettet kvalitetsforbedring. De opplysningene registeret oppgir her danner grunnlaget for ekspertgruppens vurdering av hvorvidt registeret oppfyller kravene 17 og 18 i stadieveilederen, altså hvilket nivå registeret vurderes til:

### Nivå A

<b>(17) Krav</b>	<b>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</b>
Veiledning	Registeret beskriver resultater fra gjennomførte tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring. Dette kan være tiltak initiert og gjennomført av innregistrerende enheter/fagmiljø eller av registeret.  Det må opplyses om hvem som utførte hvilke tiltak, når tiltakene startet og når de er avsluttet.  Tidsbegrensede forskningsprosjekter regnes kun som kvalitetsforbedringstiltak dersom den nye kunnskapen er implementert i klinisk praksis.
Årsrapport punkt	Kapittel 5.2

### Nivå B

<b>(18) Krav</b>	<b>Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid</b>
Veiledning	Registeret beskriver hvilke pasientrettede forbedringsområder som er identifisert på bakgrunn av analyser fra registeret, og eksempler på bruk av registerets resultater i pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid i rapporteringsåret. Dette kan være pasientrettet forbedringsarbeid gjennomført av innregistrerende enheter/fagmiljø eller av registeret.
Årsrapport punkt	Kapittel 5.1, 5.2

### Nivå C

<b>(19) Krav</b>	<b>Oppfyller ikke krav til nivå B</b>
Veiledning	

## 5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

### 5.1 Identifiserte forbedringsområder

#### Eksempel på utfylling av tabeller i kapittel 5:

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvilke pasientrettede kvalitetsforbedringsområder som er identifisert gjennom registerets resultater/analyser for rapporteringsåret. Benytt punktliste.]*

Her presenteres ett eksempel fra Norsk kvinnelig inkontinensregister og tre fra Norsk hjertesviktregister:

- Stresstest før operasjon for urininkontinens:  
NKIRs mål er at stresstest utføres hos minimum 95 % av pasientene før operasjon (Indikator C - Utført stresstest før operasjon (objektiv test) – syntetisk slynge). 32 av 39 avdelinger utførte i 2022 slik stresstest hos > 95 % av pasientene før operasjon. 2 av 39 avdelinger utførte ikke slik stresstest i 2021 og 2022. NKIR har derfor anbefalt disse avdelingene å sette i gang forbedringstiltak.
- Kvalitetsindikator 4. Andel behandlet med MRA (%)  
Andel pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % som behandles med MRA på siste justeringsbesøk (%). NHR har satt høy måloppnåelse til 70 % og moderat måloppnåelse til 50 %. I 2022 er det den nasjonale måloppnåelsen 71 % noe som er en stor forbedring fra 2021 da den var på 54 %. Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og måloppnåelsen varierer fra 11 % - 100 %.
- Kvalitetsindikator 5. Andel behandlet med SGLT2-hemmer (%)  
Andel pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % som behandles med SGLT2- hemmer på siste justeringsbesøk (%). NHR har satt høy måloppnåelse til 70 % og moderat måloppnåelse til 50 %. I 2022 er det den nasjonale måloppnåelsen 71 % noe som er en stor forbedring fra 2021 da den var på 24 %. Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og måloppnåelsen varierer fra 19 % - 94 %.
- Kvalitetsindikator 6. Andel behandlet med alle fire medikamenter (%)  
Andel pasienter med hjertesvikt og EF≤40 % som behandles med ACEi/ARNi eller ARB, betablokker, MRA og SGLT2-hemmer på siste justeringsbesøk (%). NHR har satt høy måloppnåelse til 70 % og moderat måloppnåelse til 50 %. I 2022 er det den nasjonale måloppnåelsen 55 % noe som er en stor forbedring fra 2021 da den var på 16 %. Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og måloppnåelsen varierer fra 6 % - 94 %.

### 5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:*

*For å oppfylle kravene til nivå B i stadielinndelingen må registeret både dokumentere i kap. 5.1 at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og i kap. 5.2 at det er igangsatt eller kontinuert pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid.*

*For å oppfylle kravene til nivå A i stadielinndelingen skal registeret dokumentere resultater i kap 5.2 fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.*

*Fyll ut en tabell for hver kvalitetsindikator/forbedringsområde (kolonne A), tid tiltaket startet og evt. ble avsluttet (kolonne B), med beskrivelse av igangsatte eller kontinuerte/pågående tiltak (kolonne C),*

og resultater dersom dette foreligger (kolonne D). Alle tiltak og resultater tilhørende samme kvalitetsindikator/forbedringsområde beskrives i samme tabell. Resultat foreligger ofte ikke samme år som tiltaket ble startet, men gjerne først etter 2-3 år. I slike tilfeller bes det om at tabellen fylles ut også for tiltak som ble igangsatt 2 og 3 år før rapporteringsåret.]

#### Tiltak og resultat

<p><i>Kolonne A:</i> Aktuelt forbedringsområde</p>	<p><i>Kolonne B:</i> Tidsperiode for tiltaket</p>	<p><i>Kolonne C:</i> Hva ble gjort av hvem?</p>	<p><i>Kolonne D:</i> Hvilke resultater ble oppnådd?</p>
<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Skriv inn tittel/navn på indikator/ forbedringsområde. ]</p> <p><b>Andel pasienter med hjerneinfarkt behandlet med trombolyse (Indikator D)</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Oppgi når tiltaket startet, om det pågår ennå eller når det evt. ble avsluttet. ]</p> <p><b>Pågikk i 2021-2022</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Beskriv konkrete tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring som er igangsatt, kontinuert/pågående eller gjennomført i rapporteringsåret. Data fra registeret må være benyttet. Gi en tydelig beskrivelse av målsettingen, hvilke konkrete tiltak som er satt inn, og hvem som har gjennomført tiltaket/ hvor det er gjennomført.]</p> <p><b>Målsetting: minst 20 % av pasientene med hjerneinfarkt skal behandles med trombolyse.</b></p> <p><b>Sykehus A: bruker data fra NHR kontinuerlig i forbedringsarbeid, og innførte fra 2021 kontinuerlig overvåking av andel pasienter behandlet med trombolyse.</b></p> <p><b>Sykehus B: har i 2021-2022 jobbet med forbedring av trombolyseteam og logistikk for pasienter aktuelle for trombolyse. Prosedyrer er oppdatert og forenklet, og det er innført lommekort, undervisning av sykepleiere og leger, og forbedring av samarbeid med AMK.</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Beskriv resultater av gjennomførte tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år dersom disse foreligger.]</p> <p><b>Sykehus A: økt høy andel fra 20 % i 2020 til 22 % i 2022.</b></p> <p><b>Sykehus B: økt andel fra lav på 9 % i 2020 til høy på 23 % i 2022</b></p> <p>Ettersom man her både beskriver resultater og at tiltakene ble startet innenfor 3 år, vil dette kunne kvalifisere til nivå A.</p>

<p><i>Kolonne A:</i> Aktuelt forbedringsområde</p>	<p><i>Kolonne B:</i> Tidsperiode for tiltaket</p>	<p><i>Kolonne C:</i> Hva ble gjort av hvem?</p>	<p><i>Kolonne D:</i> Hvilke resultater ble oppnådd?</p>
<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Skriv inn tittel/navn på indikator/ forbedringsområde. ]</p> <p><b>Kvalitetsindikator 13. Andel utført 6-minutter gangtester (%)</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Oppgi når tiltaket startet, om det pågår ennå eller når det evt. ble avsluttet. ]</p> <p><b>Gjennomført i 2022-2023</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Beskriv konkrete tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring som er igangsatt, kontinuert/pågående eller gjennomført i rapporteringsåret. Data fra registeret må være benyttet. Gi en tydelig beskrivelse av målsettingen, hvilke konkrete tiltak som er satt inn, og hvem som har gjennomført tiltaket/ hvor det er gjennomført.]</p> <p><b>Hovedmålet med prosjektet var at 70 % – 80 % av pasientene skal utføre 6-minutter gangtest ved både førstebesøk og siste justeringsbesøk på Hjertesviktpoliklinikken, 18 sykehus ble invitert til å delta, av de takket seks sykehus ja. Det ble gjennomført et oppstartseminar i mars 2022 der hvert sykehus identifiserte ulike årsaker til hvorfor de ikke gikk 6 minutter gangtest på Hjertesviktpoliklinikken. Årsaksforholdet ved det enkelte sykehus la grunnlaget for de tiltakene sykehusene satte seg for å prøve å øke andelen pasienter som går 6-minutter gangtest. Det ble gjennomført en samling i september 2022 for å evaluere tiltak og vurdere effekten av tiltakene som ble iverksatt. Prosjektet ble avsluttet i mai 2023 og sluttrapporten med en nærmere beskrivelse av tiltak og resultater vil foreligge i august 2023.</b></p>	<p><i>[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:</i></p> <p>Beskriv resultater av gjennomførte tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år dersom disse foreligger.]</p> <p><b>Ettersom prosjektet pågikk – og ble avsluttet i 2023, kunne ikke resultatene oppgis i årsrapport for 2022.</b></p> <p><b>Det betyr at informasjonen i kolonnene A-C gjentas i årsrapport året etter, og at man da skriver inn resultatene i denne kolonnen.</b></p> <p>Ettersom man her ennå ikke kan beskrive resultater fra tiltakene, trenger man to ting for å oppfylle kravene til nivå B:</p> <p>1: Beskrive identifiserte pasientrettede forbedringsområder for rapporteringsåret i kap. 5.1.</p> <p>2: Beskrive pasientrettede forbedringstiltak som ble startet eller videreført i</p>

			rapporteringsåret i denne tabellen.
--	--	--	-------------------------------------

Eksempel på utfylling av tabell om formidling i kapittel 6:

## 6. Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Fagmiljø, brukerorganisasjon, pasienter, ledelse enheter
2.	Kvalitetsregistre.no  10 indikatorer publisert på enhetsnivå og nasjonalt nivå	Halvårlig/2 x per år	Fagmiljø, brukerorganisasjon, pasienter, ledelse enheter
3.	Resultater til registrerende enheter  Tilpassende enhetsvise rapporter med resultater, både egne aggregerte og nasjonale resultater	Månedlig	Fagmiljø, ledelse enheter
4.	<i>[Veiledning – Frivillig: Angi ev andre formidlingsformer, som for eksempel tilpassede rapporter til pasientgruppen, nasjonale kvalitetsindikatorer, postere/abstracts på seminarer etc. Sett inn én rad per formidlingskanal)</i>	<i>[Veiledning – hvor ofte?]</i>	<i>[Veiledning – beskriv målgruppen/mottakerne for resultatene]</i>