**Navn på register
Årsrapport for [årstall]**

|  |
| --- |
| **Ola Normann1, Medel Svensson2 og Kari Normann1** |
|  |
| **1et Sykehus, et Foretak, et Sted**  |
| **2en annen adresse, et annet Sted**  |

**Dato**

Innholdsfortegnelse

[1. Sammendrag 6](#_Toc153804972)

[1.1. Summary in English 6](#_Toc153804973)

[2. Resultater 7](#_Toc153804974)

[2.1. Kvalitetsindikatorer 7](#_Toc153804975)

[2.2. Pasientrapporterte data (PROM/PREM) 7](#_Toc153804976)

[2.3. Andre analyser 7](#_Toc153804977)

[3. Registerbeskrivelse 9](#_Toc153804978)

[4. Datakvalitet 10](#_Toc153804979)

[4.1. Tilslutning og antall registreringer 10](#_Toc153804980)

[4.2. Dekningsgrad og responsrate 10](#_Toc153804981)

[4.2.1. Metode for beregning av dekningsgrad 10](#_Toc153804982)

[4.2.2. Siste beregnede dekningsgrad 10](#_Toc153804983)

[4.2.3. Responsrate for pasientrapporterte data 10](#_Toc153804984)

[4.3. Vurdering av datakvalitet 10](#_Toc153804985)

[5. Pasientrettet kvalitetsforbedring 12](#_Toc153804986)

[5.1. Identifiserte forbedringsområder 12](#_Toc153804987)

[5.2. Igangsatte/utførte forbedringstiltak 12](#_Toc153804988)

[6. Formidling av resultater 14](#_Toc153804989)

[7. Samarbeid og forskning 15](#_Toc153804990)

[7.1. Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre 15](#_Toc153804991)

[7.2. Datautleveringer fra registeret 15](#_Toc153804992)

[7.3. Vitenskapelige artikler 15](#_Toc153804993)

[8. Referanser til vurdering av stadium 17](#_Toc153804994)

[8.1. Vurderingspunkter 17](#_Toc153804995)

[9. utvikling av registeret 19](#_Toc153804996)

[9.1. Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen 19](#_Toc153804997)

[9.2. Planer og behov 19](#_Toc153804998)

[10. Litteratur 21](#_Toc153804999)

**Forkortelser brukt i rapporten**

|  |  |
| --- | --- |
| Forkortelser | Forklaringer |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Denne første siden skal være en oppsummeringsside med noen hovedtall fra registeret. Det er fritt opp til hvert register hvordan denne siden skal se ut. Se eventuelt andre registres årsrapporter for inspirasjon].*

Del 1
Resultater fra registeret

# Sammendrag

*[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.]*

Valgfritt:

## Summary in English

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

# Resultater

## Kvalitetsindikatorer

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Resultater for alle kvalitetsindikatorer.*

* *Det skal foreligge en samletabell med navn og målnivå på alle kvalitetsindikatorene i innledningen til kapittelet.*
* *I alle figurer vises resultater på enhetsnivå der dette er mulig.*
* *Vis prosenter/gjennomsnitt og målnivå for hver enhet, i tillegg til samlet nasjonalt resultat.*
* *Dersom det er særlige hensyn som må tas ved tolkning av resultatene, anbefales registrene å beskrive dette.*
* *I tilknytning til hver kvalitetsindikator skal følgende tabell fylles ut:*

|  |  |
| --- | --- |
| Definisjon/beskrivelse | *<Beskriv hva indikatoren viser, og eventuelt kilde (modul/skjema/PROM-data osv.)>* |
| Type indikator | *<Angi om det er en struktur-, prosess- eller resultatindikator>* |
| Måloppnåelse | *<Angi nivå for måloppnåelse>* |
| Kunnskapsgrunnlag | *<Angi hvilke(n) nasjonal/internasjonal retningslinje(r) indikatoren er basert på, eller om indikatoren er basert på bestepraksis. Oppgi aktuelle referanser>* |
| Beregning | *<Angi hvordan teller og nevner er beregnet. Eksempel:**Teller: Antall pasienter som fikk medikament x**Nevner: Antall pasienter under 80 år med hoveddiagnose xx.x>* |

## Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Beskriv hvilke instrumenter/skjema som brukes for innsamling av pasientrapporterte utfallsmål eller erfaringsmål (PROM/PREM). Beskriv utvalgte resultater for PROM/PREM som ikke inngår i kap. 2.1.*

*• I alle figurer vises resultater på enhetsnivå der det er mulig.]*

## Andre analyser

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Resultater for øvrige analyser som ikke inngår i kap. 2.1 eller 2.2, for eksempel demografi og beskrivelse av pasientpopulasjonen. Kan med fordel deles opp i flere underkapitler.]*

DEL 2

Administrative opplysninger

# Registerbeskrivelse

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: NB: Husk å oppdatere tabellen ved eventuelle endringer]*

|  |  |
| --- | --- |
| Bakgrunn for registeret | *[Veiledning – Beskriv kort bakgrunnen for registeret]*  |
| Type register  | *[Veiledning – Angi om det er et diagnose-, prosedyre- eller tjenesteregister]* |
| Årstall etablert | *[Veiledning – Angi årstall registeret ble etablert]* |
| Årstall nasjonal godkjenning  | *[Veiledning – Angi årstall registeret fikk nasjonal status]* |
| Årstall for start av datainnsamling | *[Veiledning – Angi årstall det nasjonale registeret startet datainnsamling]* |
| Registerets formål | *[Veiledning – Oppgi registerets formål]* |
| Analyser som belyser registerets formål | *[Veiledning – Beskriv kort hvilke analyser registeret gjør for å belyse formålet, f.eks. antall kvalitetsindikatorer og om resultatene publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon]* |
| Juridisk hjemmelsgrunnlag | *[Veiledning – angi registerets juridiske hjemmelsgrunnlag]* |
| Databehandler | *[Veiledning – angi registerets databehandler]* |
| Databehandlingsansvarlig | *[Veiledning – angi registerets databehandlingsansvarlig]* |
| Faglig leder/ registersekretariatmed kontaktinformasjon | *[Veiledning – angi registerets faglige leder og registersekretariat, med kontaktinformasjon]*  |
| Fagrådets medlemmer | *[Veiledning – angi hvem som er fagrådets leder og medlemmer, med kontaktinformasjon]* |
| Aktivitet i fagrådet | *[Veiledning – angi aktivitet i fagrådet i rapporteringsåret, f.eks. antall møter eller om det er spesielle saker fagrådet har arbeidet med]* |
| Inklusjonskriterier | *[Veiledning – angi inklusjonskriteriene for registeret, f.eks. ved diagnose-/eller prosedyrekoder]* |
| Metode for datafangst | *[Veiledning – beskriv kort hvilke data registeret samler inn, og kilde (f.eks. sykehus, pasienten). Eksempel:** *Hovedskjema (fra 2012)*
	+ *Registreres av alle sykehus som behandler hjerneslag*
* *Oppfølgingsskjema (fra 2012)*
	+ *Pasientrapporterte data innhentes 3 måneder (+/- 2 uker) etter utskrivning fra sykehuset*
* *Trombektomi-modul (fra 2020)*
	+ *Registreres av sykehus som utfører trombektomi]*
 |
| Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start | *[Veiledning – angi hvilken teknisk løsning registeret benytter for datafangst, og fra hvilket år, ev om registeret mangler teknisk løsning]* |
| Metadata | *[Veiledning - Angi om registeret har publisert sine metadata på helsedata.no, og årstall for start]* |
| Innsynsløsning | *[Veiledning - Angi om registeret har etablert innsynsløsning via Helsenorge, og årstall for start]* |
| Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret | *[Veiledning – Angi antall pasienter/skjema/hendelser (velg det nivået som er fornuftig for registeret) i rapporteringsåret]* |
| Totalt antall pasienter/skjema/hendelser | *[Veiledning – Angi antall pasienter/skjema/hendelser (velg det nivået som er fornuftig for registeret) totalt siden registeret fikk nasjonal status]* |
| Stadium og nivå  | *[Veiledning –Angi hvilket stadium og nivå registeret er på, i hht Ekspertgruppens vurdering av fjorårets årsrapport]* |

# Datakvalitet

## Tilslutning og antall registreringer

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi antall* *individer/hendelser per enhet og nasjonalt i rapporteringsåret, i tabellformat. Enheter som skulle levert data, men som ikke gjør det, angis i tabellen med «leverer ikke data».* *Dersom registerets pasientgruppe ikke* *behandles i alle regioner, presiseres dette.]*

## Dekningsgrad og responsrate

### Metode for beregning av dekningsgrad

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi:*

* *ekstern kilde/register som er brukt for* *beregning av dekningsgrad på individnivå*
* *hvilken periode beregningene gjelder for, samt tidspunkt for gjennomføring av* *dekningsgradsanalysen*
* *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.]*

### Siste beregnede dekningsgrad

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi dekningsgrad i hele tall. Angi:*

* *resultat av dekningsgradsanalyse på* *individnivå for alle pasientgrupper/moduler samlet*
* *dersom aktuelt: resultat av dekningsgradsanalyse på individnivå per pasientgruppe/modul*
* *dekningsgrad angis på sykehus- eller* *enhetsnivå.]*

*Dersom det er formålstjenlig, kan både tilslutning, antall individer/hendelser og dekningsgrad oppgis i én tabell, enten her eller i kap. 4.1. Henvis da til aktuelt delkapittel.]*

### Responsrate for pasientrapporterte data

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oppgi responsrate for besvarelse av pasientrapporterte data, totalt og per sykehus/enhet hvis mulig.]*

## Vurdering av datakvalitet

 *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Status og* *evaluering av registerets datakvalitet. For de siste 5 år: Beskriv kort hvilke metoder som er benyttet for beregning/vurdering av datakvalitet. Angi* *viktige funn av resultatene fra* *undersøkelser av variabelkompletthet, korrekthet* *(validitet) og reliabilitet (samsvar) for* *kvalitetsindikatorene, og ev. i tillegg noen av de mest* *sentrale variablene.*

1. *Kompletthet: angi grad av kompletthet for* *sentrale variabler og variabler som inngår i* *kvalitetsindikatorer for rapporteringsåret.*
2. *Korrekthet: angi grad av korrekthet for de undersøkte variablene sammenlignet med en gullstandard (f.eks. journal), og når undersøkelsen ble utført.*
3. *Reliabilitet, dvs. samsvar: angi grad av reliabilitet for de undersøkte variablene, og når undersøkelsen ble utført.*

*Gi en overordnet vurdering av funnene i* *datakvalitetsundersøkelsene og hvilken betydning dette* *har for tolkning av resultater fra registeret. Hvis registeret har utført ytterligere* *validering/dokumentasjon av datakvalitet, beskrives* *også dette her. For nærmere beskrivelser av ulike* *datakvalitetsdimensjoner, se* [*Dimensjoner av datakvalitet*](https://www.kvalitetsregistre.no/node/38)*.]*

# Pasientrettet kvalitetsforbedring

## Identifiserte forbedringsområder

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

## Igangsatte/utførte forbedringstiltak

 *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:*

*For å oppfylle kravene til nivå B i stadieinndelingen 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 stadieinndelingen 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Kolonne A:*Aktuelt forbedringsområde | *Kolonne B:*Tidsperiode for tiltaket | *Kolonne C:*Hva ble gjort av hvem?  | *Kolonne D:*Hvilke resultater ble oppnådd? |
| *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:* Skriv inn tittel/navn på indikator/forbedringsområde. *]* | *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:* Oppgi når tiltaket startet, om det pågår ennå eller når det evt. ble avsluttet. *]* | *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:* *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.]* | *[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:* *Beskriv resultater av gjennomførte tiltak som* *har vært igangsatt i løpet av de siste tre år dersom disse foreligger.]* |

# 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. Punktene 1-3 er obligatorisk å fylle ut. Registeret kan i tillegg velge å fylle ut flere punkter, dersom relevant.]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Form**  | **Frekvens** | **Målgruppe/mottakere** |
| 1. | Årsrapport - resultatdel | *[Veiledning – hvor ofte?]* | *[Veiledning – beskriv målgruppen/mottakerne for resultatene]* |
| 2. | Kvalitetsregistre.no*[Veiledning – skriv hvor mange indikatorer som publiseres og på hvilket nivå (enhet/regional/nasjonal)]* | *[Veiledning – hvor ofte?]* | *[Veiledning – beskriv målgruppen/mottakerne for resultatene]* |
| 3. | Resultater til registrerende enheter*[Veiledning – Skriv hvilken form registrerende enheter kan få tilgjengeliggjort/utlevert egne aggregerte og nasjonale resultater]*  | *[Veiledning – hvor ofte?]* | *[Veiledning – beskriv målgruppen/mottakerne for resultatene]* |
| *4.* | *[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)* | *[Veiledning – hvor ofte?]* | *[Veiledning – beskriv målgruppen/mottakerne for resultatene]* |

# Samarbeid og forskning

## Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

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

## Datautleveringer fra registeret

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi antall datautleveringer fra registeret i rapporteringsåret. Hvis ønskelig kan det angis antall utleveringer de siste tre år. Utleveringer som er en del av det daglige arbeidet i et registersekretariat skal ikke inngå i denne oversikten. Dette gjelder blant annet utlevering av data til kvalitetsregistre.no, tertialrapporter/kvartalsrapporter og rapporter ifm kvalitetsforbedringsprosjekter. Dette kan oppgis i kap. 6].*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Utlevering av data til følgende formål: | 2023 | 2022 | 2021 |
| Forskning |  |  |  |
| Kvalitetsforbedring og styringsformål**1** |  |  |  |
| Andre formål (f.eks. til media) |  |  |  |
| Totalt |  |  |  |

1Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

## Vitenskapelige artikler

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Angi titler på vitenskapelige artikler (publikasjonsliste) i fagfellevurderte tidsskrifter i løpet av de siste tre* *år, der data fra registeret inngår i datamaterialet.]*

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

# Referanser til vurdering av stadium

## Vurderingspunkter

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oversikt over vurderingspunkter som legges til grunn for* *stadieinndeling av registre* *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. Stadieveilederens veiledningstekst for hvert punkt beskriver utfyllende hva som skal til for at krav vurderes som oppfylt. Stadium 1 er oppfylt når registeret har status som* *nasjonalt.]*

|  |
| --- |
| Tabell: Vurderingspunkter for *Navn på register* og registerets egen evaluering.  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Egen vurdering *[årstall]* |
| Nr |  Beskrivelse  | Kapittel | Ja | Nei  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Stadium 2**  |  |  |  |
| 1 | Samler data fra alle aktuelle helseregioner  | 4.1 | □  | □ |
| 2 | Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå | 2.1 | □ | □ |
| 3 | Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser  | 4.2 | □ | □ |
| 4 | Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter  | 6 | □ | □ |
| 5 | Har en oppdatert plan for videre utvikling  | 9 | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
|  | **Stadium 3**  |  |  |  |
| 6 | Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer  | 4.3 | □ | □ |
| 7 | Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet avsiste to år  | 4.2 | □ | □ |
| 8 | Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no  | 6 | □ | □ |
| 9 | Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater  | 6 | □ | □ |
| 10 | Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer  | 2.1 | □ | □ |
| 11 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret  | 9 | □ | □ |
|  | **Stadium 4**  |  |  |  |
| 12 | Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable  | 4.3 | □ | □ |
| 13 | Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år  | 4.2 | □ | □ |
| 14 | Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | 6 | □ | □ |
| 15 | Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig | 7.3 | □ | □ |
| 16 | Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)  | 2.2 | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nivå A, B eller C****Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller** |  | **Ja** |  |
|  | **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  | 5.2 | □ |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nivå B**  |  |  |  |
| 18 | Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid  | 5.1, 5.2 | □ |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nivå C**  |  |  |  |
| 19 | Oppfyller ikke krav til nivå B  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |

# utvikling av registeret

## Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

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

## Planer og behov

*[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING:*

*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. For registre som har oppnådd høyeste stadium, oppgis plan for å opprettholde stadiet, samt eventuelt videreutvikling av registeret.*
* *andre forbedringstiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår*
* *behov for tekniske og andre forbedringer*

*Punktlisten under er et forslag til hva som kan inngå i en slik beskrivelse. Det kan gjerne tas med andre tiltak enn de nevnte* *forslagene, og punkter som ikke er aktuelle kan fjernes.]*

* Datafangst
	+ Forbedring av metoder for fangst av data
		- Ressurser / insentiver
		- Tekniske forbedringer
		- Organisatoriske (eksempelvis bedre organisering ved lokale sykehusavdelinger)
* Datakvalitet
	+ Nye registrerende enheter/avdelinger
	+ Forbedring av dekningsgrad i registeret
	+ Forbedring av registerets kompletthet
	+ 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

# Litteratur