



NASJONALT SERVICEMILJØ FOR
MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE



Prosjekt Økt dekningsgrad

Statusrapport 12. februar 2017

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

Wenche Reed, Prosjektleder

STATUSRAPPORT 12. FEBRUAR 2017

PROSJEKT ØKT DEKNINGSGRAD

WENCHE REED

Innhold

1.	Bakgrunn og prosjektsammensetning.....	2
1.1	Prosjekteier	2
1.2	Prosjektleder	2
1.3	Prosjektgruppe	2
2.	Målsetning for prosjektet.....	3
3.	Valg av kvalitetsregistre	3
3.1	Kriterier for utvelgelse.....	3
3.2	Kvalitetsregistre som ble valgt	3
4.	Prosjektets milepæler og gjennomførte aktiviteter.....	4
5.	Resultater.....	5
5.1	Gjennomgang av tiltak for kvalitetsregistrene (tiltaksplaner vedlagt).....	5
5.2	Andre prosesser som bidrar til økt dekningsgrad	8
5.3	Verktøy for bedring av dekningsgrad i prosjektet	8
5.3.1	Dekningsgradsanalyser	8
5.3.2	Spørreundersøkelse for kartlegging av utfordringer og behov.....	9
5.3.3	Tiltaksplaner	9
5.3.4	Navngitte registrarer/direkte kontakt.....	9
5.3.5	Registrar-/faglige samlinger	10
5.3.6	Opplæring	10
5.3.7	Økonomi.....	10
5.4	Alternative måter å måle dekningsgrad på	10
5.4.1	Triangulering	10
5.4.1	Kobling mot andre sentrale helseregistre enn NPR.....	11
5.4.2	Kobling mot andre kilder.....	11
5.5	Økonomi i prosjektet	11
5.6	Etablering av ressursgruppe for dekningsgradsarbeid.....	11
6.	Oppsummering	11
7.	Vedlegg.....	12

1. Bakgrunn og prosjektsammensetning

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at flest mulig av de aktuelle observasjonene (pasienter, operasjoner eller lignende) faktisk blir registrert – dvs. at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Behovet for økt innsats i arbeidet med å øke dekningsgraden for nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i Nasjonalt helseregisterprosjekt og i møter for Interregional styringsgruppe for arbeidet med medisinske kvalitetsregistre. Sistnevnte har vedtatt (sak 7/2015, 4. mars) at alle registre med nasjonal status skal gjennomføre dekningsgradsanalyser annet hvert år.

I Strategi og handlingsplan 2016 – 2020 står under Mål 1 Høy datakvalitet og dekningsgrad: For at kvalitetsregistre skal kunne gi pålitelige resultater og bidra til kvalitetsforbedring, er det viktig at datakvaliteten er høy. Alle nasjonale kvalitetsregistre skal etter maksimalt fem års drift ha god datakvalitet på et veldefinert variabelsett og dekningsgrad på minst 80 %, samt gode rutiner for sikring, validering og dokumentasjon av datakvaliteten.

Dette følges opp i Handlingsplanen:

Delmål 1.2	Alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal ha høy dekningsgrad, med målsetning om at alle nasjonale kvalitetsregistre etter fem års drift har en dekningsgrad på minst 80 %.
Tiltak 1.2.1	Servicemiljøet skal tilby dekningsgradsanalyser med gjenskapelser annet hvert år til alle nasjonale kvalitetsregistre som kan benytte NPR som en ekstern kilde for sammenligning. For registre hvor NPR er uegnet som kilde, skal Servicemiljøet bistå registrene i prosessen med å finne alternative løsninger.
Tiltak 1.2.2	Servicemiljøet skal holde en oppdatert oversikt over hvilke nasjonale kvalitetsregistre de ulike sykehusene er pålagt å registrere inn data til, og gjøre denne kjent og offentlig tilgjengelig på nett sammen med de faktiske dekningsgradene.
Tiltak 1.2.3	Servicemiljøet skal sammen med hvert enkelt kvalitetsregister utarbeide målnivåer for fremtidige dekningsgrader og iverksette konkrete tiltak for å nå disse målene. Servicemiljøet skal opparbeide seg kunnskap og erfaring om effektive tiltak som kan formidles til registrene.

På bakgrunn av dette er det igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i utvalgte registre, samt etablere metoder for å sikre en høy dekningsgrad for nasjonale kvalitetsregistre som skal implementeres i regionenes arbeid med egne registre (prosjektmandat og prosjektdirektiv vedlagt).

1.1 Prosjekteier

Prosjektet eies av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE. Prosjektet organiseres med en prosjektleder og en prosjektgruppe med medlemmer fra alle helseregioner.

1.2 Prosjektleder

Wenche Reed, leder av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre Helse Sør-Øst

1.3 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen består av representanter fra servicemiljøet i de fire regionene. Det har vært noen utskiftninger underveis.

- Philip Skau, Servicemiljøet SKDE
- Alexander Walnum, Servicemiljøet SKDE
- Sara Marie Nilsen, Servicemiljøet Helse Midt-Norge (frem til 01.01.17)
- Torunn Varndal, Servicemiljøet Helse Midt-Norge
- Yusman Kamaleri, Servicemiljøet Helse Sør-Øst
- Marie Wåtevik, Servicemiljøet Helse Vest

- Kari Anne Gulbrandsøy, Servicemiljøet Helse Vest (fra oktober 2016)
- Linn Jeanette Waagbø, Servicemiljøet Helse Vest (frem til oktober 2016)
- Vårin Sandvær, Servicemiljøet Helse Nord (frem til oktober 2016)
- Jørgen Aarøe, Servicemiljøet Helse Sør-Øst (sekretær)

2. Målsetning for prosjektet

- To nasjonale kvalitetsregistre i hver region skal ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015
- Det skal være etablert metoder som kan benyttes av andre kvalitetsregistre for å øke dekningsgraden og av servicemiljøet
- Det skal være oppnevnt navngitte ressurser/registrarer for hver innregistrerende enhet (Kontaktinfo til tilhørende avdelingsleder og klinikkleder)
- Det skal være avsatt definert arbeidstid knyttet til innregistrering av data (tallfestes ved prosjektstart/slutt).
- Kvalitetsregisteret skal ha fokus på hensiktsmessige variabelsett og tydelige kvalitetsmål (tallfestes ved prosjektstart/slutt).
- Kvalitetsregistrene inkludert i prosjektet skal offentliggjøre resultater på sykehusnivå.
- Tiltak i kvalitetsregistrene gjennomføres i 2016 og første halvdel av 2017.
- Dekningsgrad for prosjektets kvalitetsregistre oppsummeres oktober 2018 når årsrapporter for 2017 foreligger.

Leveranser	Beskrivelse
Innen utgangen av 2017 vil 8 nasjonale kvalitetsregistre ha økt sin dekningsgrad fra status våren 2015	Velge ut 2 kvalitetsregistre i hver region med utilfredsstillende dekningsgrad ut fra et sett av kriterier
Verktøy for økning av dekningsgrad	Utarbeide generisk metodikk for økning av dekningsgrad for bruk i andre registre
Etablere en ressursgruppe for dekningsgrad	Øke kompetanse innen arbeid med dekningsgrad for det nasjonale servicemiljøet gjennom prosjektdeltakelse.

3. Valg av kvalitetsregistre

3.1 Kriterier for utvelgelse

Prosjektgruppen utarbeidet kriterier for hvilke kvalitetsregistre som skulle inviteres inn i prosjektgruppen. En viktig avgrensning i prosjektet var IT-løsninger og problematikk rundt samtykkeinnhenting.

- Utilfredsstillende dekningsgrad
- Vilje til ressursbruk på prosjektet fra registerets side
- Reell mulighet for økning av dekningsgrad som ikke var avhengig av fritak fra samtykke eller IT-løsninger
- Geografisk spredning

3.2 Kvalitetsregistre som ble valgt

To kvalitetsregistre ble foreslått i hver region og disse fikk en forespørsel om deltakelse i prosjektet. Ett kvalitetsregister i HM ønsket ikke delta pga. manglende interesse for prosjektets forutsetninger. Informasjon om prosessen og utvelgelsen ble sendt ut til samtlige nasjonale kvalitetsregistre. De aktuelle kvalitetsregistrene var:

Helse Nord Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
 Norsk register for analinkontinens

Helse Midt	Norsk hjertesvikregister
Helse Sør-Øst	Norsk gynekologisk endoskopiregister Norsk hjertestansregister
Helse Vest	Nasjonalt register for KOLS Norsk MS-register og biobank

4. Prosjektets milepæler og gjennomførte aktiviteter

Prosjektgruppen har hatt 4 heldagsmøter (24.09.15, 22.12.15, 29.06.16, 12.01.17) og to telefonmøter (01.10.15, 14.04.16). En eller to personer fra det enkelte regionale servicemiljøet har i løpet av 2015 og 2016 hatt en rekke møter med utvalgte kvalitetsregistrene i egen region, og for øvrig fulgt disse tett opp skriftlig og telefonisk. Enkelte har også deltatt på kvalitetsregisterets egne registrarsamlinger. Tidlig i prosessen ble det utarbeidet en mal for en tiltaksplan. Spesifikke tiltaksplaner med en finansieringsplan ble deretter utarbeidet i samarbeid med registerleder, planen ble godkjent av prosjektleder, og deretter signert av registerleder og en fra prosjektgruppen.

Opgavene ble gjennomført i henhold til milepælsplanen, med unntak av denne statusrapporten som skulle vært levert oktober 2016, og som er forsinket med 3 måneder.

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkter	Planlagt ferdig innen dato	Oppgaver utført per 12.01.17
BP1	Oppstartsmøte: etablering av prosjektgruppe, prosjektdirektiv og prosjektmandat skissert.	01.10.15	Oppstartsmøte 24.09.15, oppfølgende telefonmøte 01.10.15. Prosjektgruppe etablert Prosjektmandat ferdigstilt 06.09.15, Prosjektdirektiv utarbeidet – godkjent 10.12.15
M1	Oversikt over dekningsgrad for alle de nasjonale kvalitetsregistre skaffet	01.11.15	Oversikt fremskaffet
M2	Samarbeid etablert, avtaler med to utvalgte kvalitetsregistre i hver region, totalt åtte registre.	01.11.15	Alle nasjonale kvalitetsregistre informert skriftlig om prosjektet, om hvilke kvalitetsregistre som er valgt og kriterier for utvelgelse: <ul style="list-style-type: none"> • utilfredsstillende dekningsgrad, • reell mulighet for økning, • geografisk spredning Mal for tiltaksplaner utarbeidet
M3	«Flaskehals» for de enkelte utvalgte registrene kartlagt	01.12.15	Prosjektgruppen har hatt møter med samtlige registre, etablert prosjektgrupper, og kartlagt flaskehals og forbedringspunkter
BP2	Metodikk for å igangsette tiltak etablert, kostnader estimert	17.12.15	Møte 22.12.15 Metodikk utarbeidet: <ul style="list-style-type: none"> • quest back for kartlegging av behov • registrar-/faglige samlinger • direkte kontakt med enkelte registrarer • hospiteringsordninger • opplæring Tiltaksplaner gjennomgått Kostnader estimert for alle registrene, innmeldt ressursbehov totalt kr.1 135 000,- (dvs. innenfor prosjekt rammen på 1.7 MNOK)
M4	Arbeid for økt dekningsgrad igangsatt	01.01.16	Alle tiltaksplaner godkjent (vedlagt rapporten)

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkter	Planlagt ferdig innen dato	Oppgaver utført per 12.01.17
BP3	Statusrapport etter 6 mnd	01.04.16	<p>Telefonmøte 14.04.16</p> <p>Totalt sett ligger prosjektet godt an i forhold til milepælsplan.</p> <p>Det er ingen avvik i forhold til kostnader. Samlinger og kartlegging av flaskehals er gode tiltak.</p> <p>God fremdrift og stort engasjement for samtlige registre iht til egne tiltaksplaner med unntak av NRA, hvor forankringen i fagmiljøet for innleverende enheter ikke er optimal – dette følges opp av prosjektgruppen.</p> <p>Statusrapport oversendes 20.04.16.</p>
BP4	Statusrapport etter 12 mnd	01.10.16	<p>Møter gjennomført 29.06.16 og 12.01.17</p> <p>Statusrapport oversendes februar 2017</p>
M5	Sluttrapport ferdigstilt og overlevert	01.10.17	Foreslås utsatt til 15.10.18 (etter innlevering av årsrapporter for 2017)

5. Resultater

5.1 Gjennomgang av tiltak for kvalitetsregistrene (tiltaksplaner vedlagt)

RHF	Kvalitetsregister	DG% 2015	DG analyse	Tiltak
HN	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	63	NPR	<ul style="list-style-type: none"> Registeret har gjennomført dagsseminar i april 2016. Gode tilbakemeldinger og stor interesse fra frammøtte. Alle enheter som tidligere ikke har registrert inn har blitt kontaktet via brev og telefon. Registeret har god kontakt med brukerorganisasjon, og har hatt innlegg i medlemsbladet «Ryggstøtten» i 2015 og i 2016. Registeret har god erfaring med å vise fram Rapporteket og funksjonene som finnes her. De som skal registrere inn blir da vanligvis veldig positive og ser nytten av registreringsarbeidet. Registeret har på slutten av 2016 vært på besøk hos flere sykehus, og er spesielt opptatt av å få med de store sykehusene i Helse Sør-Øst for å få opp dekningsgraden. Registeret har en utfordring med for få innregistreringer av ø-hjelpspasienter. Registeret prøver å fordele oppfølging av forskjellige avdelinger på fagpersoner som sitter i fagrådet til registeret.
HN	Norsk register for analinkontinens	41	NPR telling	<ul style="list-style-type: none"> Registeret avholdt nasjonalt brukermøte 22. april 2016. Hovedutfordringer som ble kartlagt etter spørreundersøkelse: <ul style="list-style-type: none"> o Ledelsen prioriterer ikke registeret o Har ikke lege med hovedansvar for registrering o Manglende lokale rutiner

RHF	Kvalitetsregister	DG% 2015	DG analyse	Tiltak
				<ul style="list-style-type: none"> I perioden har det blitt gjennomført møter ved alle aktuelle sykehus. Registeret samarbeider nå med brukerforening, og registeret har nå en brukerrepresentant i fagråd. Nye rutiner og en ny faglig konsensus er etablert i perioden, og det er etablert en resultat tjeneste. Alle aktuelle sykehus er svært positive til registeret og skal begynne å registrere eller de har allerede begynt med dette.
HM	Norsk hjertesviktregister	3?	Mangler RESH-kode, NPR uegnet	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomført registerseminardag - Tilslutningsgraden økte til 100 % etter denne dagen (alle aktuelle sykehus registrerer). Registerkoordinator i Hjertesviktregisteret har besøkt Ringerike sykehus for opplæring lokalt. Registeret sender ut jevnlig statusoppdateringer for å øke motivasjonen for registrering og kjennskap til registeret. Har avtale med FHI om at de skal gjøre en dekningsgradsanalyse for 2016-data til sommeren – skal baseres på innsendte lister fra hver hjertesvikt poliklinikk og sammenligning mot NPR/basisregisteret. Registerkoordinator planlegger reise ut til 6 sykehus i 2017 og gjør en journalgjennomgang. Søknader om dette til Datatilsynet og Helsedirektoratet er under utarbeidelse. Dette som et ledd i å følge opp og kvalitetssikre DG-analysen gjort av FHI og få mer kunnskap om registreringspraksis på ulike typer sykehus. Samtidig en sjanse for å gjøre validering. Har fra 1.1.2017 implementert en endring i registeret; man inkluderer koden Z71.9 som bidiagnose. Tanken er at dette gjør det mulig å identifisere pasientene i NPR, slik at fremtidige dekningsgradsanalyser kan gjøres rutinemessig mot NPR/basisregisteret (og uavhengig av problemene med Resh-ID).
HSØ	Norsk gynekologisk endoskopiregister	25	NPR	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomført én samling med god deltagelse og gode tilbakemeldinger. Det ble gitt opplæring i løsningen Rapporteket. Det er planlagt en ny samling høsten 2017. Registerleder har besøkt de 10 HF som ved prosjektstart ikke leverte data, herunder store sykehus som Ahus og St. Olavs. Dette forventes å gi resultater kommende år. Det meldes om stor aktivitet ved en del av disse enhetene, mens andre leverer fortsatt ikke data. Registeret har drevet utstrakt informasjonsvirksomhet og hatt presentasjoner for foreninger, på nasjonale årsmøter og innlegg i fagtidsskrifter. Videre har man startet utsendelse av kvartalsvise nyhetsbrev til innregistrerende enheter og sender ut månedlige rapporter fra Rapporteket. Feilkoding til NPR var noe av årsaken til at man tidligere mistet en del pasienter. Man har derfor sett på kodepraksis ved innregistrerende enheter og gjort noen grep for å minimere dette. Et av tiltakene som skulle vært gjennomført var å se på dispensasjonsmuligheter fra samtykke ved øyeblikkelig hjelp ettersom mange av disse pasientene ikke blir inkludert pga at pasientene ikke blir forespurt om samtykke. Dette tiltaket har man ikke lyktes med grunnet lang saksbehandlingstid ved

RHF	Kvalitetsregister	DG% 2015	DG analyse	Tiltak
				lokalt PVO.
HSØ	Norsk hjertestans-register	50?	DG anslått basert på antatt forekomst, NPR uegnet, Triangulering påbegynt	<ul style="list-style-type: none"> • Har gjennomført to registrarsamlinger (vår og høst) med høy deltagelse og gode tilbakemeldinger. • Har besøkt de tre HF som i starten av 2016 ikke leverte data. Per 31.12.16 leverer samtlige enheter data til registeret. • I mangel på NPR data har man startet triangulering av «reell» forekomst av hjertestans i to selekterte områder; St. Olav og Helgelandssykehuset. Triangulering vil si at man gjennomgår alle potensielle kilder for å identifisere så mange av tilfellene som mulig. Kilder kan være; AMK, ambulansjournaler, EPJ, elektroniske data fra defibrillatorer, koblingsanalyse mot andre delregistre i hjerte- og karregisteret, luftambulanse, legevakt etc. Antall inkluderte har gått opp i Helgeland etter igangsettelse • Dialog AMK sentraler for å endre registreringspraksis slik at operatørene blir flinkere til å fange opp hjertestans og registrere dette. Dette tiltaket har gitt noe varierende resultater ettersom det er vanskelig å få innpass hos alle sentraler.
HV	Nasjonalt register for KOLS	15	NPR telling	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonsdager/ brukermøte: Gjennomført nasjonal registersamling i 3.november 2016. • Opplæring har vært utført i 2016 ved: St Olav (februar), Levanger (februar), Flekkefjord (februar og mai), Ullevål (juni) og AHUS (juni). Registeret har bedt om å få komme til Tromsø og Førde, men ikke besøkt disse stedene enda. Avlyst besøk ved Drammen sykehus som var planlagt i juni. Det planlegges besøk ved Sykehuset i Telemark (Skien), Førde og Vesterålen, og trolig enda flere i 2017. • De opplever at det er viktig med et tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere og merkantilt for å lykkes i å ha regelmessig registrering. • Det er ansatt medarbeidere ved andre universitetssykehus i 10 % stillinger ved St Olav Trondheim, AHUS og OUS. I tillegg delt ut oppstarts stipend (3 mnd, 20 % stilling). • Holder fortsatt på med å kontakte nye sykehus, avtale oppstart, og rekontakt med sykehus som ikke lenger registrerer. • Alle universitetssykehus er nå med i registeret, men varierende grad av registrering. • Totalt antall sykehus som registrerer er nå 15 (8 ved oppstart av prosjektet), av ca 40-50 sykehus som skal registrere.
HV	Norsk MS-register og biobank	64	Forenklet analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Spørreundersøkelse av alle registerkontakter vedrørende bruk av MRS-løsningen. De fleste svarer at det er tid til registrering som er utfordringene i en travel klinikk-hverdag. Flere svarer at hjelp til retrospektiv punsjing vil kunne gi stor hjelp. • Tilby avdelingsbesøk til avdelinger som ønsker dette. Har vært hos Førde og Molde, og vil trolig besøke flere steder i 2017. • Tilby MRS-opplæring, også via internett (Lync/Skype). Har funnet en elektronisk internettløsning som også virker for HSØ. Opplæring for Rikshospitalet ble gjennomført desember 2016. Vurderer nye MRS-kurs når ny versjon blir satt i produksjon.

RHF	Kvalitetsregister	DG% 2015	DG analyse	Tiltak
				<ul style="list-style-type: none"> • Omreisende monitor som tilbyr hjelp til praktisk registrering: Høsten 2016 ble det ansatt en i 20 % stilling for denne oppgaven. Har reist 3 ganger til Molde. Videreføres i 2017 • Rekruttere privatpraktiserende nevrologer. Dette har vist seg å være utfordrende rent teknisk (RESH-ID), men arbeider videre med det i 2017. • Alle sykehus registrerer (100 % tilslutning), men det er stor variasjon i grad av registrering mellom sykehusene. I løpet av 2017 vil trolig alle være i gang med oppdatering av opplysninger tilbake i tid.

5.2 Andre prosesser som bidrar til økt dekningsgrad

I 2014 gjennomførte SKDE en nasjonal spørreundersøkelse av nasjonale kvalitetsregistre på bestilling fra HOD og daværende styre for e-Helse og 4 faktorer ble hyppigst rapportert som viktige suksesskriterier for å oppnå høy dekningsgrad:

1. Å få avsatt tid/ressurser til innregistrering av data i nasjonale kvalitetsregistre
2. Brukervennlig elektronisk/papirbasert innregistreringsløsning
3. Lovpålagt innregistrering til nasjonale kvalitetsregistre
4. Gode rapporteringsløsninger som gir avdelingene tilgang til egne resultater

En grunnleggende forutsetning for å lykkes med et kvalitetsregister er at registeret oppleves som nyttig både for kvalitetsforbedrende arbeid, styringsverktøy og som verktøy for ny kunnskap gjennom kvalitetsstudier og forskning. Det krever leveranse av gode data inn i registeret og tilgjengeliggjøring av data til fagmiljøer, ledelse og myndigheter. Oppleves kvalitetsregisteret som nyttig vil det også bli enklere å få avsatt tilstrekkelige ressurser til innregistrering. Elektroniske verktøy er sentrale og det nasjonale servicemiljøet har et pågående arbeid med å få alle nasjonale kvalitetsregistre over på en av de tre prefererte IT plattformene. Det jobbes med løsninger for resultat tjeneste og elektroniske løsninger for innhenting av PROM data. I tillegg ser det nå ut til at det kan bli enklere å få hjemmelsgrunnlag for innregistrering med større grad av reservasjonsrett fremfor samtykkeinnhenting. En ny forskrift for kvalitetsregistre skal snart ut på høring. Det pågår også et arbeid med bedre strukturering av den elektroniske pasientjournal. Således vil en rekke pågående prosesser bidra til økt dekningsgrad i de nasjonale kvalitetsregistrene.

5.3 Verktøy for bedring av dekningsgrad i prosjektet

I tillegg til eksisterende løp skissert under foregående punkt, har dekningsgradsprosjektet avdekket flere verktøy som vi mener vil bidra til en økt dekningsgrad. Enkelte av tiltakene vil være engangstiltak, andre bør gjentas årlig, slik som registrarsamlinger:

- Dekningsgradsanalyser
- Spørreundersøkelser/questback for kartlegging av utfordringer og behov
- Utarbeidelse av tiltaksplaner for å identifisere behov og forbedringsområder
- Registrar-/faglige samlinger
- Opplæring/hospiteringsordninger
- Økonomi

5.3.1 Dekningsgradsanalyser

I henhold til stadielinneingsmodellen er det en målsetning at kvalitetsregistrene skal gjøre dekningsgradsanalyser annet hvert år. Dette er fornuftig av flere grunner. Gode tall for dekningsgraden er nødvendig for å kunne følge utviklingen av registeret. I mange tilfeller kan kobling av et kvalitetsregisters data mot tilsvarende data i sentrale helseregistre benyttes for å estimere kvalitetsregisterets dekningsgrad. Man gjør

en sammenligning av observasjonene i de to registrene. Selv om data i de sentrale helseregistrene ikke alltid er komplett, eller utgjør den fulle sannheten, er de på grunn av lovhjemmel og økonomiske incentiver generelt mer komplette enn kvalitetsregistrene. En av utfordringene når dekningsgraden skal estimeres, er å velge ut populasjonen i det sentrale helseregisteret slik at den er i samsvar med målpopulasjonen i kvalitetsregisteret. En god dekningsgradsanalyse kan fungere som et utgangspunkt for en *frafallsanalyse*, det vil si en kartlegging som undersøker om registreringene som mangler i registeret skiller fra de som er registrert. Utvalget i de ulike helsedataregistrene baseres vanligvis på diagnose-, behandlings- og legemiddelkoder i tillegg til tid og sted for diagnose eller behandling.

I mange tilfeller vil dekningsgradsanalysen gjøres ved en kobling opp mot Norsk Pasientregister (NPR) og Servicemiljøet tilbyr en gratis tjeneste for dette for de nasjonale kvalitetsregistrene. For registre som ikke kan bruke NPR som sammenligningsgrunnlag for å vurdere andelen tilfeller som er registrert, vil Reseptregisteret eller andre sentrale helseregistre kunne være aktuelle kandidater. Alternative måter å måle dekningsgraden på er skissert under punkt 5.3. Vår erfaring tilsier at kvalitetsregistrene generelt så tidlig som mulig bør både avklare hvilken metode som skal brukes for en dekningsgradsanalyse og få gjennomført en analyse.

Prosjektet har oppdatert status for dekningsgradsanalysene for de syv kvalitetsregistrene og det vil bli gjennomført analyser for de som ikke allerede har dette etablert. Det arbeides spesielt med etablering av alternative metoder for dekningsgradsanalyse der hvor NPR ikke kan brukes. Dette gjelder Norsk hjertesviktregister og Norsk hjertestansregister.

5.3.2 Spørreundersøkelse for kartlegging av utfordringer og behov

Bruk av spørreundersøkelse i form av en quest back var et nyttig verktøy for flere av prosjektets kvalitetsregistre for å avdekke årsaker til mangelfull innregistrering. Resultater fra spørreundersøkelsene ble utgangspunktet for en tiltaksplan. Både utarbeidelsen av spørreundersøkelsen og arbeidet med registrarenes tilbakemeldinger satte fokus på flere vesentlige elementer som registreiere må ha et løpende kritisk forhold til som bruk av tid til innregistrering, antall variabler, kompleksitet i registreringen ol. Informasjon som ble kartlagt var bl.a. hvem som var ansvarlig for innregistrering, var det satt av dedikerte ressurser, hva slags pasienter ble innregistrert (øyeblikkelig hjelp, elektive), rutiner for innhenting av PROM, rutiner for samtykkeinnhenting og hvordan opplevde man registrerings skjema.

Eksempler fra utsendte spørreskjemaer vedlegges rapporten.

5.3.3 Tiltaksplaner

Prosjektgruppen utarbeidet tidlig i prosessen forpliktende og spesifikke tiltaksplaner med hvert enkelt kvalitetsregister. Som en del av tiltaksplanen ble det også laget en finansieringsplan. Utarbeidelse av en tiltaksplan var et helt sentralt redskap for å identifisere på behov, forbedringsområder og tiltak. De viktigste tiltakene var registrarsamlinger og møter med de enkelte registrerende enhetene. Dette var også kostnadsdriverne.

Prosjektgruppen har utarbeidet en mal for tiltaksplan som legges ved sammen med de spesifikke tiltaksplanene for hvert enkelt kvalitetsregister. Finansiering av årlige registrarsamlinger og direkte kontakt med de enkelte registrene bør inngå i basisfinansieringen til kvalitetsregistrene.

5.3.4 Navngitte registrarer/direkte kontakt

Det skal være oppnevnt navngitte ressurser/registrarer for hver innregistrerende enhet, og registeret bør ha kontaktinformasjon til tilhørende avdelingsleder og klinikkleder. Det vil ikke alltid være en og samme person som registrarer inn, men det er uansett viktig at det foreligger en navngitt kontaktperson. Denne personen er en viktig informasjonskanal både innad i avdelingen og utad mot registeret. Henvendelser om deltakelse på registrarsamlinger, hospitering, direkte kontakter vil være aktuelt.

Kvalitetsregistrene må til enhver tid ha en oppdatert liste over navngitte ressurser/registrarer for hver innregistrerende enhet. Direkte kontakt er et viktig virkemiddel for bedre innregistrering. Viktige problemstillinger i slike møter vil være tidsbruk (helst tallfestet), hvorvidt det er avsatt dedikerte ressurser, bruk

av registerdata på avdelingsmøter, opplæringsbehov, presentasjon av kvalitetsregisteret på helseforetaket/sykehuset, mv.

5.3.5 Registrar-/faglige samlinger

Årlige samlinger med spesielt dedikert ressurser fra de enkelte kvalitetsregistrene er et av de viktigste virkemidlene for å etablere og opprettholde interesse for kvalitetsregisteret og videreutvikling av registeret. Dette er en entydig tilbakemelding fra alle syv kvalitetsregistre. Som oftest ble samlingene gjennomført som dagsmøter, men det er også blitt meldt tilbake om et behov for en to-dagers samling.

Aktuelle temaer for en samling vil være:

- Informasjon om kvalitetsregistre som kilde til kvalitetsforbedring og ny kunnskap
- Gjennomgang av det aktuelle kvalitetsregisteret - påloggingsprosedyre, tips og triks med registrering
- Resultater fra kvalitetsregisteret
- Kritisk gjennomgang av variabelsettet
- Mulige forbedringstiltak i dagliglivet
- Tilbakeføring av resultater
- Forskningsresultater

Kvalitetsregistrene bør årlig gjennomføre faglige samlinger hvor både konkrete registerspesifikke og faglige temaer drøftes. Eksempler på agenda for registrarsamlingene er vedlagt rapporten. Midler til samlinger bør legges inn i de årlige budsjettene.

5.3.6 Opplæring

Det vil være et gjentagende behov for opplæring ved registrerende enheter. Det kan skyldes nye innregistrerende enheter, nye registrarer, endringer i variabelsettet, nye tekniske løsninger, nye moduler som resultat tjeneste og PROM. Det er nødvendig at registeransvarlige tett følger opp enheter hvor dekningsgraden begynner å synke og identifiserer årsaken. Etablering av kortvarige hospiteringsordninger hvor ressurser fra registeret kan bistå den enkelte innregistrerende enhet har vært nevnt som et tiltak, men ikke gjennomført i dette prosjektet.

I basisfinansieringen til kvalitetsregistrene bør det inkluderes midler til direkte kontakt med registrerende enheter for nødvendig opplæring. Det må tas høyde for at dette vil være et tilbakevendende behov.

5.3.7 Økonomi

Det krever ressurser og finansiering for å oppnå og opprettholde en høy dekningsgrad. I arbeidet med finansieringsmodell for faglige og administrative oppgaver må det legges inn midler til registrarsamlinger, besøk og oppfølging av innregistrerende enheter.

5.4 Alternative måter å måle dekningsgrad på

For registre som ikke kan bruke NPR som sammenligningsgrunnlag for å vurdere andelen tilfeller som er registrert, vil Reseptregisteret eller andre sentrale helseregistre kunne være aktuelle kandidater. I prosjektgruppen har vi sett nærmere på alternative løsninger.

5.4.1 Triangulering

Norsk hjertestansregister har som mål å inkludere alle pasienter som rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus i Norge, og der noen form for behandling startes av tilstedeværende eller ambulanspersonell. Hjertestans registreres ikke som egen entitet i NPR eller noen av de andre sentrale helseregistrene, som dermed ikke kan brukes som kilde til informasjon om hva som er det reelle antall pasientgrunnlaget i Norge. I 2014 ble det rapportert 1506 hendelser av hjertestans i registret. Det antas at rundt 3000 pasienter rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvert år.

Kvalitetsregisteret har derfor sett på alternative kilder til informasjon som litteratursøk, gjennomgang av publikasjoner og sammenligninger med internasjonale tall. På denne måten kan registeret anslå en dekningsgrad på 50 %. Som et alternativ til å bruke NPR-data har hjertestansregisteret igangsatt et prosjekt hvor det benytter såkalt triangulering av mistenkt hjertestans i AMK, sett opp mot ambulansens registrering av hjertestans i selekterte områder. En stor og en mindre AMK-sentral deltar i prosjektet. I løpet av et definert tidsrom kartlegges registreringspraksis koblet opp mot alle tilgjengelige kilder som Utstein-skjemaer, ambulansedokumenter, EPJ-søk etter relevante «behandlinger», elektroniske data fra defibrillatorer, innleggelses, og koblingsanalyse mot andre delregistre i hjerte- og karregisteret. Denne form for triangulering kan være aktuell for flere kvalitetsregistre.

Det er en krevende metode og gir et øyeblikksbilde, men gir en grundig oversikt over det reelle antall pasienthendelse. Det gir også inngående kunnskap om datatilfanget og datakvalitet. Aktuelle kilder til triangulering vil variere avhengig av pasientgruppen som skal kartlegges. For mange vil direkte oppslag i journal være det mest aktuelle.

5.4.1 Kobling mot andre sentrale helseregistre enn NPR

Flere sentrale helseregistre kan være aktuelle kilder til dekningsgradsanalyse. Reseptregisteret vil være aktuell koblingskilde for de kvalitetsregistrene hvor behandlingen av pasientgruppen er spesifikt medikamentell, IPLOS hvor pasientgruppen trenger hjelpemidler, Kreftregisteret for alle kvalitetsregistrene innen kreft, Medisinsk fødselsregister for Nyfødtsmedisinsk register, osv.

5.4.2 Kobling mot andre kilder

Hvis ingen av de sentrale helseregistrene kan benyttes for kobling kan man se for seg løsninger hvor man sammenligner registerets registreringer mot oppslag i andre kilder som EPJ eller pasientadministrative systemer.

5.5 Økonomi i prosjektet

Prosjektets ramme for 2016 var 1.7 MNOK. En detaljert totaloversikt over prosjektets økonomi forelå ikke på rapporteringstidspunktet., men det antas at man har benyttet mindre enn avsatt ramme. Endelig prosjektregnskap vil bli oppsummert i sluttrapporten.

5.6 Etablering av ressursgruppe for dekningsgradsarbeid

Prosjektarbeidet har vært lærerikt og erfaringene fra arbeidet bør komme hele servicemiljøet til gode, bl.a. i form av tilgjengeliggjøring av rapporten. Vi ser også at andre kvalitetsregistre kan ha nytte av den tette oppfølgingen som de syv kvalitetsregistrene har fått i dette prosjektet. Selv om vi ennå ikke kan dokumentere at prosjektarbeidet har resultert i en sikker økt dekningsgrad, foreslår vi at prosjektgruppen består videre som en ressursgruppe og at det utarbeides et mandat fra prosjekteier for gruppens videre arbeid. Som en del av mandatet foreslås at gruppen årlig følger opp inntil tre kvalitetsregistre med samme metodikk som i dette prosjektet. Det foreslås at gruppen utvides med en representant fra NPR.

6. Oppsummering

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Gjennom dette prosjektarbeidet har vi sett på mulige virkemidler for en økning av dekningsgraden. Arbeidet med spørreundersøkelser og tiltaksplaner har vist med all tydelighet at det er mange årsaker til manglende innregistrering og at det finnes flere virkemidler for å bedre leveransene utover et påbud gjennom fagdirektørlinjen. Utilstrekkelige IT-løsninger, dobbelt eller trippelregistrering av de samme data, tidkrevende innregistreringer og krevende rutiner for innhenting av samtykke er høyst reelle utfordringer. På tross av dette er det er mye vilje og entusiasme i fagmiljøene for arbeidet med kvalitetsregistrene. God opplæring, kritisk gjennomgang av variabelsett, regelmessige registrarsamlinger og direkte kontakt med innregistrerende enheter er gode verktøy, i tillegg til bedre elektroniske løsninger og forskriftsarbeid. Det er derfor fornuftig å bake finansiering av samlinger og reiser inn i basisfinansieringen av kvalitetsregistrene.

- *Vi anbefaler en videreføring av prosjektgruppen utvidet med representasjon fra NPR som en ressursgruppe for dekningsgradsarbeid og at det settes av midler til dekningsgradsarbeid også fremover slik at vi kan løfte frem noen av kvalitetsregistrene som sliter med dekningsgraden og jobbe spesifikt med disse i 2017.*
- *Vi foreslår at prosjektgruppen lager en sluttrapport, som vil bestå av denne rapporten oppdatert med dekningsgraden for de syv aktuelle kvalitetsregistrene oktober 2018, dvs. når årsrapportene for 2017 foreligger, og ikke oktober 2017 som opprinnelig vedtatt..*

7. Vedlegg

Prosjektmandat

Prosjektdirektiv

Mal for tiltaksplan

Tiltaksplaner for hvert kvalitetsregister

Eksempler på registrarsamlinger

Eksempler på spørreundersøkelser

Prosjektmandat

Nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden for nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Oppdragsgiver: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

Prosjekteier: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

Planlagt startdato: 01.10.2015

Planlagt sluttdato: 01.10.2016

Prosjektnr: 01-2015

Arkivreferanse: <nr.>

Dokumentansvarlig: Eva Stensland (ES)

Forfatter: Philip A. Skau (PAS)

Prosjektnr.	Dok. nr.	Versjon	Dato	Sign.
01-2015		1.0	06.09.2015	

1. Bakgrunn

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at flest mulig av de aktuelle observasjonene (pasienter, operasjoner eller lignende) faktisk blir registrert – dvs. at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Behovet for økt innsats i arbeidet med å øke dekningsgraden for nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i Nasjonalt helseregisterprosjekt og i møter for Interregional styringsgruppe for arbeidet med medisinske kvalitetsregistre. Sistnevnte har vedtatt (sak 7/2015, 4. mars) at alle registre med nasjonal status skal gjennomføre dekningsgradsanalyser annet hvert år.

På bakgrunn av dette skal det igangsettes et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i utvalgte registre, samt etablere metoder for å sikre en høy dekningsgrad for nasjonale kvalitetsregistre som skal implementeres i regionenes arbeid med egne registre.

2. Organisering og ansvar

2.1. Prosjekteier:

Prosjektet eies av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE. Prosjektet organiseres med en prosjektleder og en prosjektgruppe med medlemmer fra alle helseregioner.

2.2. Prosjektleder:

Wenche Reed (WR), leder av regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregistre Helse Sør-Øst

2.3. Prosjektgruppe:

Prosjektgruppen består av representanter fra servicemiljøet i de fire regionene

- Philip Skau, Servicemiljøet SKDE
- Alexander Walnum, Servicemiljøet SKDE
- Mona Stedenfeldt, Servicemiljøet Helse Midt-Norge
- Yusman Kamaleri, Servicemiljøet Helse Sør-Øst
- Marie Wåtevik, Servicemiljøet Helse Vest
- Vårin Sandvær, Servicemiljøet Helse Nord
- Jørgen Aarøe, Servicemiljøet Helse Sør-Øst (sekretær)

2.4. Rapportering og kommunikasjon:

Prosjektleder rapporterer til leder for Nasjonalt servicemiljø Eva Stensland.

2.5. Dokumentasjon:

Prosjektleder er ansvarlig for at prosjektet dokumenteres tilstrekkelig.

2.6. Plan for overføring til linjeorganisasjon/ forvaltning:

Et av hovedmålene i prosjektet er at det utarbeides en plan for hvordan erfaringene fra prosjektet skal kunne implementeres i den daglige driften av kvalitetsregistrene.

3. Mål for prosjektet

3.1. Hovedmål:

Prosjektnr. 01-2015	Dok. nr.	Versjon 1.0	Dato 06.09.2015	Sign.
------------------------	----------	----------------	--------------------	-------

- a) Øke dekningsgraden til avtalt nivå for 2 kvalitetsregistre i hver helseregion
- b) Ha etablert metoder som kan benyttes av andre registre for å øke dekningsgraden
- c) Ha implementert metodene i de regionale delene av servicemiljøet

3.2. Målgruppe:

- a) Nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- b) Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i regionene

3.3. Avgrensninger:

Se 4.2

3.4. Kvalitetssikring av hovedmål:

Prosjektet skal kvalitetssikre hovedmålet og kunne dokumentere dette ved prosjektets slutt

3.5. Sluttkriterier for prosjektet:

Prosjektet anses som ferdig ved avtalt tidspunkt for prosjektavslutning

4. Prosjektoppstart og varighet:

Prosjektet skal vare i 1 år, med oppstart 1. oktober 2015.

5. Hovedleveranser – overordnet

5.1. Fremdriftsplan, hele prosjektperioden – overordnet:

Tidsperiode	Aktiviteter
Oktober – november 2015	Oversikt over utfordringene knyttet til dekningsgrad for alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre
November – januar 2016	Ferdig tiltaksplan for 2 registre i hver helseregion
Januar – august 2016	Arbeid med de enkelte registrene i prosjektet
August – oktober 2016	Analyse, ferdigstillelse av rapport

5.2. Leveranseplan:

Leveranse	Tidspunkt	Ansvarlig
Signert prosjektmandat	09-2015	ES og WR
Godkjent prosjektbeskrivelse	09-2015	ES og WR
Tiltaksplan for det enkelte register	11-2015	WR
Notat om prosjektet til interregional styringsgruppe	04-2016	WR
Statusrapport etter 6 måneder	04-2016	WR
Prosjektrapport	10-2016	WR

5.3. Avhengighet til andre prosjekter og aktiviteter

Ingen kjente avhengigheter

6. Ressursrammer og økonomi

Prosjektnr. 01-2015	Dok. nr.	Versjon 1.0	Dato 06.09.2015	Sign.
------------------------	----------	----------------	--------------------	-------

6.1. Finansiering

Prosjektet finansieres av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Utgifter til reise med mer for medlemmer av prosjektgruppen dekkes av de enkelte regionale enhetene.

6.2. Prosjektbudsjett

Prosjektet har en totalramme på 1.2 millioner kroner

7. Vedlegg

1. sak fra interregional styringsgruppe

Godkjent av:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Eva Stensland	Prosjekteier	Leder nasjonalt servicemiljø	

Revisjonslogg:

Versjon	Dato	Beskrivelse av endring	Utført av
1.0	19.08.15		PAS

Referanser til andre dokumenter:

Dokumenttittel
1. Interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre, sak 7/2015, 4. mars
2. Sak E-helsegruppen

Prosjektmandatet er gjennomgått av prosjekteier og prosjektleder

Dato:

Eva Stensland, prosjekteier

Wenche Reed, prosjektleder

PROSJEKT ØKT DEKNINGSGRAD

Saksnummer:	Versjonsnummer: 1	
Godkjent dato: 10.12.15	Godkjent av Prosjekteier: Eva Stensland	Utarbeidet av: Wenche Reed

ENDRINGSHISTORIKK

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
1	2.12.15	Siste versjon til godkjenning	Prosjektgruppen	

DISTRIBUSJONSLISTE

Enheter/virksomheter
Det nasjonale servicemiljøet
Interregional styringsgruppe

1.	Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet	3
1.1.	Nåværende situasjon	4
1.2.	Fremtidig situasjon.....	5
1.3.	Prosjektets formål.....	5
1.4.	Definisjoner	5
2.	Mål	5
2.1.	Overordnede mål	5
2.2.	Formål	5
2.3.	Prosessmål	5
2.4.	Resultatmål	5
3.	Prosjektets leveranser (produkter)	5
4.	Prosjektets avgrensninger og avhengigheter.....	6
4.1.	Avgrensninger	6
4.2.	Avhengigheter.....	6
5.	Interessenter/målgrupper	6
5.1.	Interessenter.....	6
6.	Organisering, roller og ansvar	7
6.1.	Prosjektorganisering	7
6.2.	Rollebeskrivelse	7
6.3.	Status- og avvikrapportering fra prosjektet	7
7.	Vurdering av prosjektets usikkerheter	8
8.	Grov tidsplan og milepæler	9
8.1.	Prosjektets milepæler og beslutningspunkt	9
9.	Budsjett og finansiering.....	9
9.1.	Finansiering.....	9
9.2.	Prosjektregnskap.....	9

1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR PROSJEKTET

Medisinske kvalitetsregistre består av opplysninger samlet inn fra helsetjenesten med tanke på å innhente kunnskap om sykdommers årsak, behandlingsresultater, pasientforløp, og lignende. Nasjonale helseregistre er nødvendige for helseovervåkning, forskning og kunnskapsutvikling, kvalitetssikring og forbedring av helsetjenesten. For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedring og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det avgjørende at flest mulig av de aktuelle observasjonene faktisk blir registrert – dvs. at dekningsgraden i kvalitetsregistret er tilfredsstillende. På bakgrunn av dette igangsettes et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i utvalgte nasjonale kvalitetsregistre, samt etablere metoder som skal implementeres i regionenes arbeid med egne kvalitetsregistre.

Overordnede føringer fra nasjonale myndigheter og regionale strategier er nedfelt i:

- Nasjonalt helseregisterprosjekt - Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020
- Nasjonalt helseregisterprosjekts strategi- og handlingsplan for arbeidet med kvalitetsregistre 2012 – 2013
- Handlingsplan Nasjonalt helseregisterprosjekt 2014-2015
- Nasjonalt servicemiljøets "Nasjonal strategi og handlingsplan for arbeidet med kvalitetsregistre 2012 – 2015»
- Stortingsmelding 10 (2012-2013) «God kvalitet – trygge helsetjenester»

Det er igangsatt et omfattende arbeid for å modernisere og samordne helseregisterfeltet i Norge. Målene er nedfelt i den tiårige strategien for Nasjonalt helseregisterprosjekt, som Regjeringen vedtok våren 2011. Strategien legger til grunn at helseregistrene skal være et vesentlig virkemiddel for å nå helsepolitiske mål. Forutsetning for at de nasjonale kvalitetsregistrene skal bidra bedre, sikrere og mer likeverdige helsetjenester for befolkningen er god datakvalitet. En nødvendig faktor for god datakvalitet er høy dekningsgrad på virksomhetsnivå og individnivå.

I vedtak fra møte i eHelsegruppen i Helsedirektoratet 22. Mai 2014 fikk RHFene følgende bestilling: «eHelsegruppen anbefaler at det i løpet av 2014 gjennomføres en erfaringsbasert analyse av utfordringer og suksesskriterier knyttet til å oppnå landsomfattende og tilstrekkelig dekningsgrad i nasjonale, medisinske kvalitetsregistre. På bakgrunn av en slik analyse ber eHelsegruppen i løpet av 2014 om forslag til konkrete tiltak for å øke dekningsgraden i nasjonale medisinske kvalitetsregistre.» SKDE gjennomførte i 2014 en spørreundersøkelse blant ledere av nasjonale kvalitetsregistre. Analysen viste at de fire faktorene som hyppigst ble rapportert som viktige suksesskriterier til høy dekningsgrad var:

1. Å få avsatt tid/ressurser til innregistrering av data i nasjonale kvalitetsregistre
2. Brukervennlig elektronisk/papirbasert innregistreringsløsning
3. Lovpålagt innregistrering til nasjonale kvalitetsregistre
4. Gode rapporteringsløsninger som gir avdelingene tilgang til egne resultater

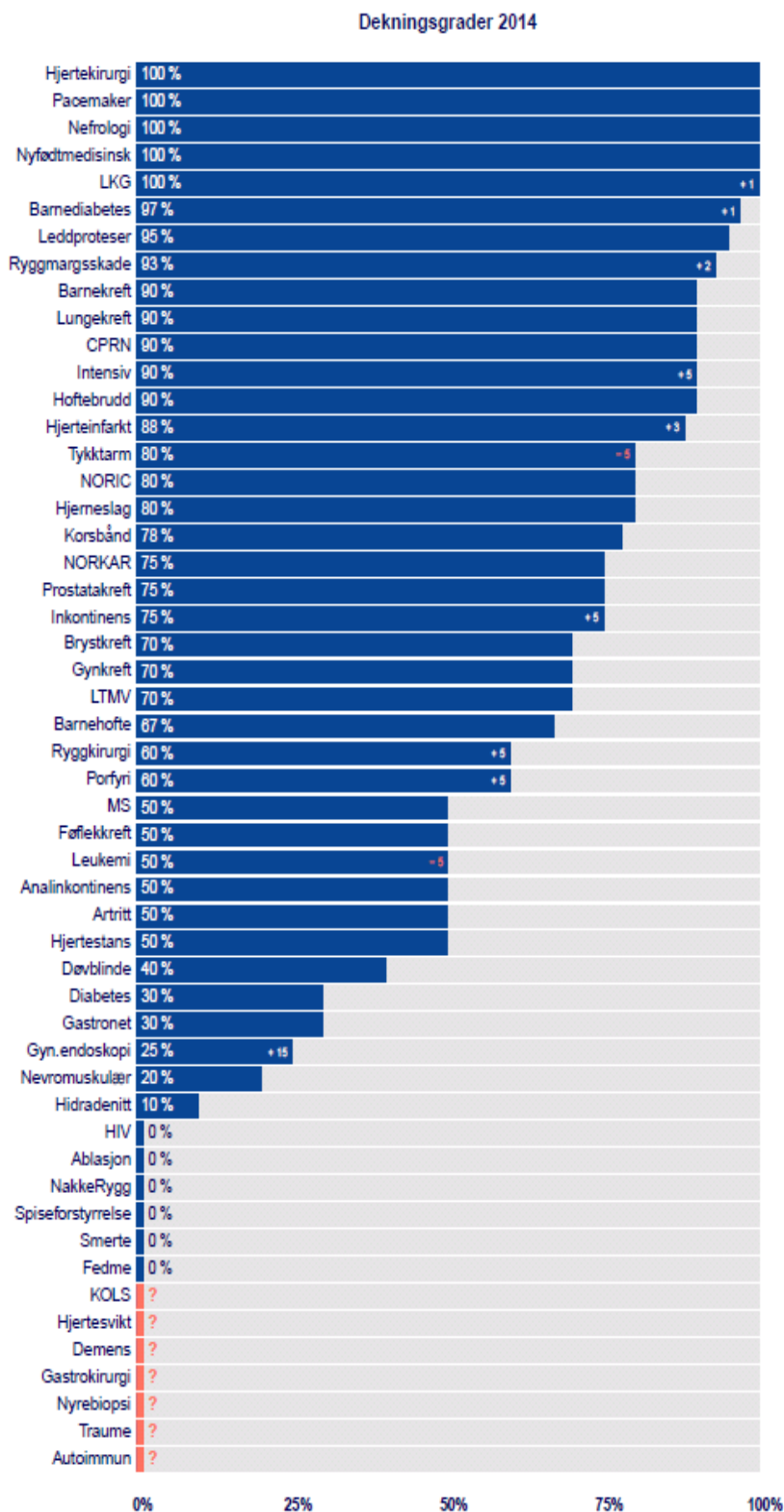
I møtet 4. mars 2015 viser den Interregionale styringsgruppen til oppdragsdokumentet for 2015 fra HOD til RHFene som sier følgende: "Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet". Dette er et ansvar som ligger i lederlinjen i RHFene. Interregional styringsgruppe anbefaler følgende tiltak gjennomført for å optimalisere dekningsgrad i nasjonale medisinske kvalitetsregistre:

- De nasjonale kvalitetsregistrenes dekningsgrad følges opp av et etablert system med Helsedirektoratets krav, Ekspertgruppens årlige evaluering og i lederlinjen.
- Det gjennomføres dekningsgradsanalyser for alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre hvert andre år.
- Servicemiljøet i alle regioner samarbeider med registrene for å utarbeide årlige måltall for dekningsgrad og planer for hvordan arbeidet med å øke dekningsgrad skal gjennomføres.

- Servicemiljøet, regionale IKT-miljøer, FMK-NIKT og NHN fortsetter arbeidet med å sørge for gode elektroniske innregistreringsløsninger og resultattjenester som f.eks "Rapporteket".

1.1. Nåværende situasjon

Dekningsgraden for de nasjonale kvalitetsregistrene er per dags dato svært variabel. For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning er det avgjørende at dekningsgraden økes for enkelte nasjonale kvalitetsregistre.



1.2. Fremtidig situasjon

Dekningsgraden for de nasjonale kvalitetsregistrene skal være høyere enn 80 %.

1.3. Prosjektets formål

Prosjektets formål er å bidra til økt dekningsgrad hos 7-8 utvalgte nasjonale registre som ved prosjektstart har utilstrekkelig innrapportering. Prosjektet skal definere en realistisk prosent økning i dekningsgrad for hvert enkelt register.

1.4. Definisjoner

Dekningsgrad angir i hvilken grad de pasienter eller hendelser som skal registreres faktisk blir registrert. Dekningsgraden for et enkeltsykehus er et mål på hvor mange av de aktuelle pasientene som behandles ved sykehuset som blir registrert i kvalitetsregisteret, mens den samlede dekningsgraden for registeret er den aggregerte dekningsgraden for alle sykehusene som behandler pasienter i registerets målgruppe. Man kan for eksempel si at registeret har en samlet dekningsgrad på 80 % og at spesifikt sykehus har en dekningsgrad på 85 %.

2. MÅL

2.1. Overordnede mål

Når prosjektet er avsluttet skal:

- to nasjonale kvalitetsregistre i hver region ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015
- det ha etablert metoder som kan benyttes av andre kvalitetsregistre for å øke dekningsgraden og av servicemiljøet.

2.2. Formål

- Bedre datakvalitet ved økt dekningsgrad for de utvalgte registrene
- Økt nytte av kvalitetsregistre i kvalitetsforbedringsarbeid
- Økt bruk av kvalitetsregistre til forskning

2.3. Prosessmål

- Det skal være oppnevnt navngitte ressurser/registrarer for hver innregistrerende enhet (Kontaktinfo til tilhørende avdelingsleder og klinikkleder)
- Det skal være avsatt definert arbeidstid knyttet til innregistrering av data (tallfestes ved prosjektstart/slutt).
- Hensiktsmessige variabelsett og tydelige kvalitetsmål (tallfestes ved prosjektstart/slutt).
- Kvalitetsregistrene inkludert i prosjektet skal offentliggjøre resultater på sykehusnivå.

2.4. Resultatmål

- Økt dekningsgrad for de utvalgte kvalitetsregistrene. I de tilfeller der dekningsgrad ikke kan beregnes på grunn av manglende data hos NPR, må økning defineres ut fra andre måltall.

3. PROSJEKTETS LEVERANSER (PRODUKTER)

Produkter	Beskrivelse
-----------	-------------

Innen utgangen av 2017 vil 8 nasjonale kvalitetsregistre ha økt sin dekningsgrad fra status våren 2015	Velge ut 2 kvalitetsregistre i hver region med utilfredsstillende dekningsgrad ut fra et sett av kriterier
Verktøy for økning av dekningsgrad	Utarbeide generisk metodikk for økning av dekningsgrad for bruk i andre registre
Etablere en ressursgruppe for dekningsgrad	Øke kompetanse innen arbeid med dekningsgrad for det nasjonale servicemiljøet gjennom prosjektdeltakelse.

4. PROSJEKTETS AVGRENSNINGER OG AVHENGIGHETER

4.1. Avgrensninger

Avgrensning	Begrunnelse for avgrensning
Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur	Det pågår et parallelt IT-infrastrukturløp for de nasjonale kvalitetsregistrene
Prosjektgruppen vil kun være rådgivende	Prosjektgruppen vil kun komme med innspill til hvordan dekningsgrad kan økes, det vil ikke ytes hjelp til datafangst etc.
Lovverk	Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.
Økonomi	Nasjonalt servicemiljø, SKDE bidrar med 1.7 MNOK fra infrastrukturmidlene som skal dekke tiltak i de enkelte registrene samt og møtelokaler for prosjektgruppen.
Personell	Personalkostnader dekkes innenfor eksisterende ressurser i det nasjonale servicemiljøet, de regionale helseforetakene.
Tidsramme	Prosjektet har to års varighet fra 1.10.15 -1.10.17

4.2. Avhengigheter

Avhengighet	Kort beskrivelse av avhengighet	Prosjekteier/ systemeier	Håndtering av avhengighet
Dekningsgradsanalyse fra NPR	Gode estimater for dekningsgrad avhenger av tilgjengelige ressurser/kapasitet hos NPR.		

5. INTERESSENER/MÅLGRUPPER

5.1. Interessenter

Interessent	Begrunnelse
Det nasjonale servicemiljøet, SKDE	Prosjekteier, prosjektfinansør
Utvalgte nasjonale kvalitetsregistre	Endring av rutiner, økt ressursbruk
Pasienter/pasientforeninger	Må samtykke til lagring av personlige data, mottaker av helsetjenester/behandling.

Innrapporterende HF/ enheter/ behandlere	Økte krav til tidsbruk og rapportering
Databehandlende HF	Økte krav til tidsbruk og rapportering, adekvate rapporteringsløsninger
De fire regionale helseforetakene	Eier av databehandlende HF; juridisk, økonomisk og driftsmessig ansvar for nasjonale medisinske kvalitetsregistre
Helse- og omsorgsdepartementet	Oppdragsgiver
Helsedirektoratet	Godkjennende myndighet for Nasjonale kvalitetsregistre

6. ORGANISERING, ROLLER OG ANSVAR

6.1. Prosjektorganisering

Prosjektet organiseres innenfor eksisterende ressurser i det nasjonale servicemiljøet, de regionale helseforetakene og de nasjonale kvalitetsregistrene.

Prosjektet organiseres med en prosjektleder og en prosjektgruppe med medlemmer fra servicemiljøet i alle helseregioner. Prosjektet har varighet 2 år, med oppstart 01.10.15.

6.2. Rollebeskrivelse

Rolle	Navn	Virksomhet/Tittel
Prosjekteier	Eva Stensland	Leder av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE
Prosjektleder	Wenche Reed	Leder Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre Helse Sør-Øst
Prosjektgruppe	Jørgen Aarøe, Servicemiljøet Region Sør-Øst Yusman Kamaleri, Servicemiljøet Region Sør-Øst Marie Wåtevik, Servicemiljøet Region Vest Linn Jeanette Waagbø, Servicemiljøet RegionVest Sara Marie Nilsen, Servicemiljøet Region Midt-Norge Vårin Sandvær, Servicemiljøet Region Nord Philip Skau, Servicemiljøet SKDE Alexander Walnum, Servicemiljøet SKDE	Representanter fra nasjonalt servicemiljø, SKDE.

6.3. Status- og avviksrapportering fra prosjektet

Prosjektleder skal rapportere til prosjekteier. Prosjektleder er ansvarlig for at prosjektet dokumenteres tilstrekkelig.

Se for øvrig organisering av prosjektet.

7. VURDERING AV PROSJEKTETS USIKKERHETER

Trusler	Innhold	Reduserende tiltak
Utilstrekkelige ressurser i utvalgte kvalitetsregistre	Ressursmangel fører til at innregistrering av data til registrene bortprioriteres.	Effektivisering av dataflyt, tilrettelegge for bedre innrapportering, minimere dobbeltarbeid.
Manglende støtte/forståelse fra enkelte rapporterende enheter/HF	Enkelte behandlende enheter kan bortprioritere rapportering med begrunnelse i ressursmangel (økonomi/personell), evt grunnet begrenset kjennskap til kvalitetsregistre og nytten av disse.	Kontakt med enhetsleder/klinikkledere/fagdirektører i aktuelle enheter/HF, diskutere muligheter. Informere om viktighet. Fokus på enhetens/HFs rennommé.
Utvalgte registre ikke involvert ved prosjektstart	Ettersom prosjektet skal identifisere registre med lav dekningsgrad er disse ikke involvert i planleggingsfasen. Disse er prosjektets viktigste interessenter. Usikker mottagelse i miljøene.	Avgjørende at de registrene som velges ut er motiverte og at de har en potensiell mulighet til å øke sin dekningsgrad.
Utilstrekkelige ressurser på det enkelt HF i forbindelse med utlevering av data	Ressursmangel fører til bortprioring av innregistrering av data til registrene.	Effektivisering av dataflyt, tilrettelegge for bedre innrapportering, opplæring
Mangelfulle IT-system	Mangelfulle IT-systemer for innrapportering av registerdata føre til dobbeltarbeid, dårligere innrapportering og lavere datakvalitet.	Stimulere til etablering av IT-basert innrapporteringssystemer.
Stor andel reservasjon mot samtykke	Enkelte pasientgrupper kan ha større andel av pasienter som reserverer seg mot at deres data registreres. Reservasjon kan skyldes dårlig pasientinformasjon og manglende forståelse for hva dataene skal brukes til og hvordan.	God pasientinformasjon, informasjon om personvern, informasjon om viktigheten av gode registre.
Manglende evne til å identifisere flaskehals i eget register		
Ustabil organisering av kvalitetsregistre		

Muligheter	Innhold	Tiltak
Økt engasjement	Økt fokus på registrene og dekningsgrad kan gi positive synergier i form av økt engasjement	Bruke engasjementet til prosjektets fordel
Økt bevissthet	Økt fokus på registrene og dekningsgrad kan gi økt bevissthet blant ledere og fagfolk.	Bruke bevisstheten til prosjektets fordel

8. GROV TIDSPLAN OG MILEPÆLER

8.1. Prosjektets milepæler og beslutningspunkt

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkter	Planlagt ferdig innen dato
BP1	Oppstartsmøte: etablering av prosjektgruppe, prosjektdirektiv og prosjektmandat skissert.	01.10.15
M1	Oversikt over dekningsgrad for alle de nasjonale kvalitetsregistre skaffet	01.11.15
M2	Samarbeid etablert, avtaler med to utvalgte kvalitetsregistre i hver region, totalt åtte registre.	01.11.15
M3	«flaskehals» for de enkelte utvalgte registrene kartlagt	01.12.15
BP2	Metodikk for å igangsette tiltak etablert, kostnader estimert	17.12.15
M4	Arbeid for økt dekningsgrad igangsatt	01.01.16
BP3	Statusrapport etter 6 mnd	01.04.16
BP4	Statusrapport etter 12 mnd	1.10.16
M5	Sluttrapport ferdigstilt og overlevert	1.10.17

9. BUDSJETT OG FINANSIERING

9.1. Finansiering

1.7 MNOK fra SKDE (infrastrukturmidler), dekker i hovedsak reiser og møtevirksomhet ersonalkostnader dekkes innenfor eksisterende ressurser i det nasjonale servicemiljøet, de regionale helseforetakene og de nasjonale kvalitetsregistrene.

9.2. Prosjektregnskap

Prosjektregnskapet håndteres av SKDE.



Tiltaksplan

Økt dekningsgrad
Delprosjekt Register NN

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

INNHALDSFORTEGNELSE

PROSJEKTETS NAVN	4
PROSJEKTEIER	4
BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
AVGRENSNINGER	4
FORUTSETNINGER	4
PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	5
ORGANISERING	5
PROSJEKTDeltakere	5
AVVIKSHÅNDTERING	5
PROSJEKTMÅL	5
TILTAKSPLAN	6
ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	6
RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE	6
PROSJEKTAVSLUTNING	6
VEDLEGG	7



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	15.11.15	Alle	Førsteutkast		

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				
3					



Prosjektets navn

Prosjektet heter: Økt dekningsgrad

Delprosjekt: Register NN

Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lowverk omfattes ikke av prosjektet.

Forutsetninger

Prosjektorganisering og styring

Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspiller i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

Prosjektdeltakere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
nn	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø NN
nn	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø NN
	Registerleder	Register NN
	Fagperson	Register NN
	Fagperson	Register NN

Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

Prosjektmål

Når prosjektet er avsluttet skal **register NN** ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015, her definert som



Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Eks: Inkludere flere HF	Eks. Fellessamling "Faglig restart"	Registerleder	Mars 2016

Økonomi og ressursbehov

Tekst her som beskriver behovene, oppsummeres tabellarisk under.

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Sum		

Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan

Se eget vedlegg (ROS-tabell)

Prosjektavslutning

Aktivitene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.



VEDLEGG

ROS-tabell

Aktuelle årsrapporter

Dekningsgradsanalyser





Tiltaksplan

Økt dekningsgrad



**Delprosjekt:
Norsk hjertestansregister**

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Wenche Reed	Prosjektleder	Leder nasjonalt servicemiljø HSØ	09.01.16

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKTETS NAVN	4
2.	PROSJEKTEIER	4
3.	BAKGRUNN, HENSIKT OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
4.	AVGRENSNINGER	5
5.	FORUTSETNINGER.....	5
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	6
7.	PROSJEKTMÅL.....	6
8.	TILTAKSPLAN	9
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	9
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE.....	10
11.	PROSJEKTAVSLUTNING.....	10
12.	VEDLEGG	10

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	4.12.15	Alle	Førsteutkast	Jørgen Aarøe	
0.2	10.12.15	Mål	Beskrivelse av måltall	Jo Kramer-Johansen	
0.5	16.12.15	Alle	Forslag fra registeret	Ingvild Tjelmeland	
0.8	8.1.16		Tilføyelser og presiseringer i hht innspill i prosjektmøte 17.12.15	Jørgen Aarøe	
1.0	12.1.2016		Tilføyelser og presiseringer godkjent	Jørgen Aarøe	Wenche Reed

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				



1. Prosjektets navn

Prosjektet heter: **Økt dekningsgrad**

Delprosjekt: **Norsk hjertestansregister**

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

Norsk hjertestansregister ble opprettet i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) i 2002, og fikk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i 2013. Formålet med registeret er å overvåke kvaliteten på helsehjelp til personer som rammes av plutselig, uventet hjertestans. Alle pasienter som rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus i Norge, og der noen form for behandling startes av ambulanspersonell eller tilskuer, skal inkluderes i registeret. Med behandling menes grunnleggende eller avansert hjerte-lungeredning.

Registeret har svært god dekning på institusjonsnivå, (18 av 19 helseforetak). Registerets hovedutfordring knyttet til dekningsgrad er at det er vanskelig å si noe sikkert om totalt antall pasienter, ettersom hjertestans ikke registreres i NPR. Om lag halvparten av de som får hjertestans kommer ikke til sykehus, dvs de dør og havner i dødsårsaksregisteret som ikke er noe godt utgangspunkt for beregning av dekningsgrad. Det vil i prinsippet si at det per i dag ikke er mulig å beregne dekningsgrad på individnivå. I 2014 ble det rapportert 1506 hendelser av hjertestans i registret. Det antas at rundt 3000 pasienter rammes av plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus hvert år. Årsaken til den antatt lave dekningsgraden er trolig flere, blant andre nevnes at informasjon som registreres hos AMK ikke er uttømmende slik at ikke alle

tilfeller identifiseres. Videre benytter ambulanspersonell i de forskjellige helseforetakene ulike skjema, noe som fører til varierende grad av relevant informasjon knyttet til hjertestans.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lowtek omfattet ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet
- In-kind bidrag fra registeret

6. Prosjektorganisering og styring

Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspiller i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

Prosjektdeltakere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Jørgen Aarøe	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HSØ
Yusman Kamaleri	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HSØ
Ingvild Tjelmeland	Registerleder	Norsk hjertestansregister
Jo Kramer Johansen	Fagperson	Norsk hjertestansregister

Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjektmål

Når prosjektet er avsluttet skal Norsk Hjertestansregister (NorHSR) ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015.

Hjertestans er i registeret definert som plutselig uventet kollaps der det startes noen form av behandling enten av legfolk eller ambulansepersonell. Medisinsk Register System (MRS) som er utviklet av Helse Midt-Norge IT (HEMIT) brukes for å samle data og data. Det er gjennomført dekningsgradsanalyser for delregistre av Hjerne- og karregisteret mot NPR, men dette er utfordrende for NorHSR av følgende grunner:

- a) NPR omfatter personidentifiserte data med diagnosekode og kontakttipe for alle kontakter mellom pasient og spesialisthelsetjenesten. To tredjedeler av pasienter med hjertestans utenfor sykehus vil ikke kunne gjenopplives og behandlingen vil avsluttes uten at pasienten legges inn på sykehus.
- En løsning ville være å inkludere ambulansene som rapporteringspliktige til NPR som del av spesialisthelsetjenesten, med de utfordringene som ligger i at implementering av elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er svært varierende for landets ambulansetjenester, og at ambulansene vil måtte rapportere etter et annet diagnosekodeverk enn f.eks. ICD-10 siden ambulansene fortrinnsvis skal sette symptom eller funksjons-diagnoser.
- b) Fra 2013 er det også krav om rapportering fra medisinsk nødtelefon (AMK) til NPR, men det er ikke én kode i AMKs journalsystem som omfatter alle disse pasientene.
- En løsning kunne være å inkludere kode i AMKs journalsystem for pasientens tilstand etter at pasienten er tilsett av ambulanspersonell som gjør det mulig å trekke ut pasientene som har vært behandlet for hjertestans. Anskaffelse av ny IT-løsning for landets AMK-sentraler er gjenstand for et prosjekt i regi av Nasjonal IKT og faller utenfor dette prosjektet.
- c) I NPR kan det søkes både etter primærdiagnose og bidiagnoser i analyser av dekningsgrad, men det skiller ikke mellom hjertestans som er årsak til innleggelsen eller om hjertestans har skjedd under oppholdet, siden diagnosekodene er basert på hva som gjelder ved utskrivning. Et uttrekk fra NPR vil derfor inkludere fler pasienter enn de som per i dag skal registreres i NorHSR.
- Det vil være mulig å gjennomføre en dekningsgradsanalyse for del-populasjonen av hjertestanspasienter som legges inn med egensirkulasjon etter hjertestans og dette beskrives nedenfor.

På bakgrunn av det ovenstående foreslår vi følgende måltall for registerets dekningsgrad med tilhørende status og mål for økning i prosjektet:

Måltall/beskrivelse	Status (oktober 2015)	Mål for prosjektet
<p>Dekningsgrad på HF-nivå</p> <p>a) Antall ambulanseforetak som rapporterer til registeret.</p> <p>b) Antall ambulanseforetak som benytter MRS for fortløpende registrering.</p>	<p>a) 17/19</p> <p>b) 10/19</p>	<p>a) 19/19</p> <p>b) 19/19</p>
<p>Forekomst av hjertestans sammenliknet med andre registre.</p> <p>a) Insidens i antall registrerte per 100 000 per år</p> <p>b) Variasjon mellom foretak med liknende demografi</p> <p>c) Insidens i antall registrerte av «Utstein-komparator» per 100 000 per år</p>	<p>a) 42</p> <p>b) Stor variasjon i registrert mellom foretakene</p> <p>c) Insidens 6,8</p>	<p>a) ~50</p> <p>b) Redusert variasjon</p> <p>c) Sammenligne forekomst "Utstein" med Sverige og Danmark</p>
<p>Delvis dekningsgradsanalyse mot NPR. Antall innlagte med egensirkulasjon etter hjertestans per år i registeret av antall registrert i NPR med primærdiagnose hjertestans (I46 etc) etter innleggelse i somatisk sykehus.</p>	<p>Ukjent, kan beskrives som eget prosjekt i samarbeid med basisregisteret i hjerte- og karregisteret.</p>	
<p>Triangulering av «reell» forekomst av hjertestans i selekterte områder.</p> <p>Bruke tilgjengelige kilder:</p> <p>1) AMK – gjennomgang av aktuelle kriterier og registreringer i AMIS (evt lydlogger ved uklarhet)</p> <p>2) Utstein-skjemaer (primærkilde)</p> <p>3) Ambulansejournaler – gjennomlesning av utvalg for å finne «ikke-registrerte» hendelser. Søk i EPJ etter relevante «behandlinger»</p> <p>4) Elektroniske data fra defibrillatorer.</p> <p>5) Innlagte i sykehus – gjennomgang av innleggelser i en periode for å finne de som er innlagt etter hjertestans.</p> <p>6) Koblingsanalyse mot andre delregistre i hjerte- og karregisteret</p>	<p>Ukjent. Kan defineres som eget prosjekt i samarbeid med 1-2 lokale registre. Det kan være en fordel å velge ut ikke for store tjenester som har noe ulike tradisjoner i dag.</p> <p>Det er gjennomført en pilot i Oslo og Akershus AMK og ambulansetjeneste for 2014.</p>	

8. Tiltaksplan

Tidsfrister er tentative, men større justeringer skal godkjennes av prosjektleder.

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Omforent tiltaksplan	Signere tiltaksplan	Jørgen Aarøe	Jan 2016
Vurdere endringer i registreringspraksis hos AMK	Dialog med AMK/prehospital	Ingvild	Februar 2016
Inkludere HF som ikke registrerer	Besøk/møtevirksomhet	Ingvild	
Nettverksbygging	Fellessamling vår	Ingvild/prosjektsstøtte	April 2016
Vurdere effekt av samling	Oppfølging etter samling	Ingvild/prosjektsstøtte	Jun 2016
Nettverksbygging	Fellessamling høst	Ingvild/prosjektsstøtte	Sep 2016

9. Økonomi og ressursbehov

Dialog med AMK for å få til en lik måte å registrere hjertestans i AMK sentralene. Det må opprettes en dialog med leder for to AMK sentraler, og delprosjektet må beskrives og forankres. Registerleder bør besøke begge AMK sentralene for å få innsyn i hvordan de driver, og for å opprette en dialog om det videre arbeidet.

Fellessamling for alle registrarer og faglige ledere av lokale kvalitetsregistre. Det ønskes gjennomført to samlinger i løpet av 2016. Det er et ønske å kunne dekke dagpakke for alle deltagere, og flybillett for foredragsholdere og deltagere som enda ikke har fått et lokalt register på plass, og dermed ikke har budsjett for det lokale registeret. Dagpakken dekker møtelokaler på Gardermoen og lunsj til deltagerne

Besøk til HF som enda ikke er kommet i gang med registreringen. Registerleder ønsker reise dekket, og ved møte i Finnmark må det beregnes en overnatting i tillegg da reis er på minimum 4 timer. Totalt er det 6 HF som ikke registrerte inn data i 2014, to av disse (Sørlandet sykehus og Helse Møre og Romsdal) er allerede i gang med registrering. Det er en pågående dialog med AHUS, som har ansatt registrar fra 1.1.2016. De tre siste helseforetakene som mangler er Nord-Trøndelag, Førde og Finnmark. Det er et ønske å invitere til et lokalt møte med ledere ved de HF som ikke enda leverer data, og på møtet bør en representant fra det enkelte RHF også inviteres.

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Fellessamling vår 2016		80.000
Fellessamling høsten 2016		80.000
Besøk til 3 HF som enda ikke er kommet i gang med registrering (Finnmark 8000 kr, Nord-Trøndelag 1600kr og Førde 4400)		14.000
Samarbeid med AMK sentraler 2* besøk og 1-2 ekstramøter		10.000
Sum		184.000



Registeret og involverte helseforetak kan til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan

ROS-tabell ettersendes.

11. Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.

12. VEDLEGG

ROS-tabell (ettersendes)
Aktuelle årsrapporter
Dekningsgradsanalyser



Tiltaksplan

Økt dekningsgrad

Delprosjekt :
Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Wenche Reed	Prosjektleder	Leder nasjonalt servicemiljø HSØ	09.01.16

Postadresse:
SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse:
UNN
Fløy C0, Plan 5

Fakturadresse:
Fakturamottak Helse Nord
Postboks 3230
7439 Trondheim

Tlf/E-post: Org.nr:
777 55 800 883658752
post@skde.no

Nettside

www.kvalitetsregistre.no

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKTETS NAVN	4
2.	PROSJEKTEIER	4
3.	BAKGRUNN, HENSIKT OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
4.	AVGRENSNINGER	5
5.	FORUTSETNINGER.....	5
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	5
6.1.	ORGANISERING	5
6.2.	PROSJEKTDELTAGERE	5
6.3.	AVVIKSHÅNTERING	5
7.	PROSJEKTMÅL.....	6
8.	TILTAKSPLAN	6
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	6
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE.....	7
11.	PROSJEKTAVSLUTNING.....	7
12.	VEDLEGG	7



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	2.12.15	Alle	Førsteutkast	Jørgen Aarøe	
0.5	10.12.15	5, 7, 8 og 9	Revisjon i hht avtale i møte 3. desember	Jørgen Aarøe	
0.7	14.12.15	9	Forslag til ressursbehov	Andreas Putz	
0.8	6.1.16	3, 8 og 9	Tilføyelser og presiseringer i hht innspill i prosjektmøte 17.12.15	Jørgen Aarøe	
0.9	9.1.2016		Tilføyelser godkjent	Jørgen Aarøe	
1.0	12.1.2016		Endelig godkjent	Jørgen Aarøe	Wenche Reed

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				



1. Prosjektets navn

Prosjektet heter: **Økt dekningsgrad**

Delprosjekt: **Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)**

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

I 2014 ble om lag 12.500 pasienter operert for gynekologiske sykdommer vha endoskopi. Av disse ble 3031 fullstendig registrert i NGER, noe som gir en nasjonal dekningsgrad på 25 %. Dette er en markant økning fra 7 % i 2013, men er allikevel lavt og flere større sykehus registrerer per dags dato ikke inn data. Av 41 enheter som utfører denne typen inngrep, leverer kun 25 data til registeret. Flere av disse rapporterer i tillegg en svært lav andel av sine pasienter. Det er også store variasjoner mellom RHFene, lavest er Helse Midt med 15 % mens Helse Vest ligger høyest med en dekningsgrad på 34 %.

Den lave dekningsgraden har flere årsaker. En fellesnevner som mange oppgir er mangel på ressurser og tid til å registrere inn data. Videre nevnes utfordringer med å innhente samtykke fra pasientene, oppstartsproblemer med innregistreringsløsningen og feilkoding i NPR som mulige årsaker.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet
- In-kind bidrag fra registeret

6. Prosjektorganisering og styring

6.1. Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspiller i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

6.2. Prosjektdeltagere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Jørgen Aarøe	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HSØ
Yusman Kamaleri	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HSØ
Andreas Putz	Registerleder	NGER
Ariane Putz	Fagperson	NGER

6.3. Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjektmål

Dekningsgrad angir i hvilken grad de pasienter eller hendelser som skal registreres faktisk blir registrert. Dekningsgraden for et enkeltsykehus er et mål på hvor mange av de aktuelle pasientene som behandles ved sykehuset som blir registrert i kvalitetsregisteret, mens den samlede dekningsgraden for registeret er den aggregerte dekningsgraden for alle sykehusene som behandler pasienter i registerets målgruppe.

Når prosjektet er avsluttet skal Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015 (25 %), her definert som 60 % dekningsgrad på individnivå.

8. Tiltaksplan

Tidsfrister er tentative, men større justeringer skal godkjennes av prosjektleder.

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Øke inklusjon av ØH-prosedyrer	Avklare dispensasjonsmuligheter fra samtykke ved ØH	Andreas/Jørgen	Jan 16
Tilbakemelding til innregistrerende enheter	Starte utsendelse av kvartalsvise nyhetsbrev	Andreas	Feb 2016
Inkludere flere HF	Fellessamling "Faglig restart"	Andreas	Apr 2016
Bedre koding i NPR	Se på kodepraksis ved innreg. enh.	Andreas	Apr 2016
Flere rapporteringsmuligheter i Rapporteket	Videreutvikle rapporteringsløsningen	Yusman	Jun 2016
Vurdere effekt av samling	Oppfølging etter samling	Andreas/prosjektstøtte	Aug 2016
Opplæring i bruk av Rapporteket	Besøke HF, enhetsledere	Andreas/Yusman	Aug 2016
Fange opp etternølere	Besøke HF, enhetsledere	Alle	Sep 2016

9. Økonomi og ressursbehov

Av tiltakene under punkt 8 vil det særlig være behov for ressurser knyttet til å arrangere en fellessamling der representanter fra samtlige innregistrerende enheter deltar. Registeret kan bidra med noen midler og vil selv legge opp til et faglig program med inviterte foredragsholdere. Representanter fra servicemiljøet vil også bidra. Videre ønsker man å benytte noen midler til å etablere rutiner for innregistrering av data ved noen av de større helseforetakene som per i dag ikke leverer data. Det er også ønskelig å avsette noen midler til oppfølgingsmøter etter innledende tiltak er gjennomført.

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Seminar «Faglig restart» på Gardermoen (Reise, mat og møtelokaler) 45 deltakere inkl. foredragsholdere. Antatt reisekostnader 45 x kr. 2.000 = kr. 90.000 Møtelokaler Gardermoen (halv dag kl. 14:00-18:00) ca. kr. 10.000 Middag (enkelt buffe` eller meny) er ca. kr. 400 /person= kr. 18.000 Total 118.000	20.000	100.000
Etablere rutiner for innregistrering ved større enheter som per i dag ikke leverer data. Økonomisk støtte til 1-5 enheter, frikjøp av helsesekretær e.l. *		100.000
Oppfølgingsmøter med etternølere		50.000
Sum		250.000

* Det bemerkes at midler ikke skal dekke drift.

Registeret og involverte helseforetak kan til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan

ROS-tabell ettersendes.

11. Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.

12. VEDLEGG

ROS-tabell (tilkommer etter hvert)
Aktuelle årsrapporter
Dekningsgradsanalyser



Tiltaksplan

Økt dekningsgrad

Delprosjekt:
Nasjonalt KOLS-register, Helse Vest

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKTETS NAVN	4
2.	PROSJEKTEIER	4
3.	BAKGRUNN, HENSIKT OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
4.	AVGRENSNINGER	4
5.	FORUTSETNINGER.....	4
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	5
6.1.	ORGANISERING	5
6.2.	PROSJEKTDELTAGERE	5
6.3.	AVVIKSHÅNDTERING	5
7.	PROSJEKTMÅL.....	5
8.	TILTAKSPLAN	6
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	6
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE.....	6
11.	PROSJEKTAVSLUTNING.....	7
12.	VEDLEGG	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	15.11.15	Alle	Førsteutkast		
0.2	16.12.15	1, 5, 6.2, 7-9		Kristin, Gunnar, Linn Jeanette	
0.3	12.01.16	5, 8, 9		Linn Jeanette	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				
3					

1. Prosjektets navn

Prosjektet heter: **Økt dekningsgrad**

Delprosjekt: **Nasjonalt KOLS-register**

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet
- In-kind bidrag fra registeret

6. Prosjektorganisering og styring

6.1. Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspiller i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

6.2. Prosjektdeltagere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Linn Jeanette Waagbø	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HV
Marie Waatevik	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HV
Gunnar Reksten Husebø	Registerleder – overlege	Nasjonalt KOLS-register
Kristin Mestad	Fagperson – spesialsykepleier	Nasjonalt KOLS-register
Agathe Krekvik Govertsen	Fagperson – spesialsykepleier	Nasjonalt KOLS-register

6.3. Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjektmål

Dekningsgrad angir i hvilken grad de pasienter eller hendelser som skal registreres faktisk blir registrert. Dekningsgraden for et enkeltsykehus er et mål på hvor mange av de aktuelle pasientene som behandles ved sykehuset som blir registrert i kvalitetsregisteret, mens den samlede dekningsgraden for registeret er den aggregerte dekningsgraden for alle sykehusene som behandler pasienter i registerets målgruppe.

Når prosjektet er avsluttet skal **Nasjonalt KOLS-register** ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status juli 2015 (15 %), **her definert som 40 % dekningsgrad på individnivå.**

8. Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Informasjonsdager/ brukermøte	- Superbrukersamling (sept/okt 2016)	Alle	Kontinuerlig
Ansette medarbeidere ved andre universitetssykehus	-Kontakt med avdelingsledelse ved St.Olav, AHUS og OUS -Møter for informasjon og opplæring	Registerleder	Januar 2016
Kontakte nye sykehus, avtale oppstart, rekontakt med sykehus som ikke lenger registrerer	- følge opp sykehus som har vært i kontakt m registeret - Invitere med andre sykehus (alle som ikke er med) - Møter for informasjon og opplæring	Alle	Januar 2016/kontinuerlig

9. Økonomi og ressursbehov

For å øke dekningsgrad er det helt sentralt å reise til aktuelle sykehus for å gi både opplæring og informasjon om registeret, utgifter her er vanskelig å estimere sikkert, men 100000 er et rimelig anslag. Superbrukersamling er også svært viktig både som del opplæring og videre utvikling av registeret, for å motivere til videre registrering på de enkelte sykehus, samt for planlegging av videre samarbeide. Avhengig av antall deltagere er behovet her estimert til 100000. Halvparten av summene kan dekkes av registerets oppsparte midler.

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Reiser til møter for informasjon og opplæring om registeret	50000	50 000
Superbrukersamling:	50000	50 000
Sum		100.000

Registeret og involverte helseforetak kan til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan

Se eget vedlegg (ROS-tabell)



11. Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.



Tiltaksplan

Økt dekningsgrad

Delprosjekt:

Delprosjekt Norsk MS-register & Biobank, Helse Vest

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKTETS NAVN	4
2.	PROSJEKTEIER	4
3.	BAKGRUNN, HENSIKT OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
4.	AVGRENSNINGER	4
5.	FORUTSETNINGER.....	4
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	5
6.1.	ORGANISERING	5
6.2.	PROSJEKTDELTAGERE	5
6.3.	AVVIKSHÅNDTERING	5
7.	PROSJEKTMÅL.....	5
8.	TILTAKSPLAN	6
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	6
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE.....	6
11.	PROSJEKTAVSLUTNING.....	7
12.	VEDLEGG	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	15.11.15	Alle	Førsteutkast		
0.2	15.12.15		7, 8 og 9	KMM og JHA	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				
3					

1. Prosjektets navn

Prosjektet heter: **Økt dekningsgrad**

Delprosjekt: **Norsk MS-register & Biobank**

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet
- In-kind bidrag fra registeret

6. Prosjektorganisering og styring

6.1. Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspillere i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

6.2. Prosjektdeltagere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Linn Jeanette Waagbø	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HV
Marie Waatevik	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HV
Kjell-Morten Myhr	Registerfaglig leder	Norsk MS-register & Biobank
Jan Harald Aarseth	Register daglig ansvarlig	Norsk MS-register & Biobank

6.3. Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjektmål

Dekningsgrad angir i hvilken grad de pasienter eller hendelser som skal registreres faktisk blir registrert. Dekningsgraden for et enkeltsykehus er et mål på hvor mange av de aktuelle pasientene som behandles ved sykehuset som blir registrert i kvalitetsregisteret, mens den samlede dekningsgraden for registeret er den aggregerte dekningsgraden for alle sykehusene som behandler pasienter i registerets målgruppe.

Når prosjektet er avsluttet skal **MS-registeret** ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015, her definert som andel pasienter med MS (prevalens – dvs. registrert basisinformasjon m/samtykke) **fra ca. 50 %** (ca. 5500 pas.) **til ca. 75 %** (ca. 8250 pas.) **dekningsgrad på individnivå.**

Andel registrerte pasienter med oppdatert behandlingsinformasjon fra **ca. 10 % til 40 %.**



8. Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Øke MRS-kompetansen	Tilby MRS-kurs	Aarseth/Myhr	Mars 2016
	Tilby avdelingsbesøk (20 stk.)	Myhr	April 2016
	Ansvarliggjøre registerkontakter og kartlegge behov gjennom spørreundersøkelse	Aarseth	Desember 2015
Rekruttere privatpraktiserende spesialister	Tilby praksis-besøk /kurs	Aarseth/Myhr	April 2016
	Koble de til MRS med egen RESH-id	Fagsenter Helse Vest/HEMIT	Februar 2016
Retrospektiv oppdatering av pasient-behandling	Rekruttere omreisende monitor som tilbyr hjelp til praktisk registrering (må «korttids-ansettes»).	Aarseth/Myhr	Februar 2016
	MS-foreningsmøter – lokalt/regionalt	Myhr	2016
Øke MRS-brukervennlighet	Nasjonale møter for registerkontakter for oppsummering/tilbakemeldinger	Aarseth/Myhr	Mars 2015 September 2015

9. Økonomi og ressursbehov

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Reisestøtte – møter/kurs (2 nasjonale møter + opptil 20 avdelingsmøter + ca. 5-10 lokale pasientforeningsmøter)	250 000	50 000
Finne MS pasienter i NPR for å lage lister over uregistrerte pasienter på ulike HF		30 000
Ansette monitor (prosjektbasis) for lokal hjelp til oppdatereing av registeret.	100 000	150 000
Sum	350 000	230 000

Registeret og involverte helseforetak kan til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan



Se eget vedlegg (ROS-tabell)

11. Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.





Nasjonalt servicemiljø for
medisinske kvalitetsregistre

Tiltaksplan

Økt dekningsgrad
Delprosjekt Register Norsk hjertesviktregister (NHSR)

Postadresse:
SKDF
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse:
UNN
Floy C0, Plan 5





Fakturadresse:
Fakturmottak Helse Nord
Postboks 3230
7439 Trondheim

Til/E-post:Org.nr:
777 55 800 883658752
post@skdf.no

Nettside

www.kvalitetsregistre.no

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Wenke End	prosjektleder	leder	24/2-16
XSARA M. NILSEN* 		Forsker	24.02.2016
		Overlege	18.02.16
		Registerkoordinator	19.02.16
		Registerkoordinator	19.02.16



INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKT ØKT DEKNINGSGRAD	5
2.	PROSJEKTEIER	5
3.	BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	5
4.	AVGRENSNINGER	5
5.	FORUTSETNINGER	5
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	6
6.1	ORGANISERING	6
6.2	PROSJEKTDeltakere	6
6.3	AVVIKSHÅNDTERING	6
7.	PROSJEKTMÅL	6
8.	TILTAKSPLAN	7
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	8
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE	9
11.	PROSJEKTAVSLUTNING	9
12.	VEDLEGG	9



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	15.11.15	Alle	Førsteutkast		
0.2	18.12.15	Alle	Andre utkast	Sara M. Nilsen	
0.3	05.02.16	Alle	Tredje utkast	Eva K. Slind	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				
3					



1. Prosjekt økt dekningsgrad

Prosjektet heter: Økt dekningsgrad

Delprosjekt: Norsk hjertesviktregister (NHSR)

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet
- In-kind bidrag fra registreret



6. Prosjektorganisering og styring

6.1 Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektspansor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspillere i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

6.2 Prosjektdeltakere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Sara Marie Nilsen	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø HMN
Morten Grundtvig	Registerleder	Norsk hjertesviktregister
Eva Kjøl Slind	Fagperson	Norsk hjertesviktregister
Mikael German	Fagperson	Norsk hjertesviktregister

6.3 Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjekt mål

Når prosjektet er avsluttet skal NHSR ha:

1. Økt sin dekningsgrad på institusjonsnivå til 100 %.
2. Økt innregistrering fra alle hjertesviktpoliklinikkene.
3. Utført dekningsgradsanalyser på individnivå.



8. Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Definere måltall for registeret	Møte i desember	Registerleder/ prosjekt	Desember 2015
Omforent tiltaksplan	Signere tiltaksplan Godkjennes av Wenche Reed og signeres av Morten Grundtvig og Sara M. Nilsen	Sara M. Nilsen	Januar 2016
Kartlegge status/utfordringer for ikke-registrerende hjertesviktpoliklinikker	Telefonintervju	Mikael German	Desember 2015
1. Økt sin dekningsgrad på institusjonsnivå til 100 %.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrangere en registerseminardag 07.04.16 med vekt på opplæring i registrering. Videre opplæring i bruk av rapportfunksjonen i registeret. Dette til eget bruk for vurdering av behandlingskvalitet og ovenfor sykehusets ledelse (se vedlegg invitasjon sendt ut til alle 35 sykehus). 2. Tilbud om hospitering hos etablert Hjertesviktpoliklinikk i geografisk nærhet dersom ikke- registrerende sviktpoliklinikker ikke deltar på tiltak 1. 3. Dersom hospitering ikke gjennomføres kan registerkoordinator fra NHSR reise til de aktuelle Hjertesviktpoliklinikkene og lære de opp der de er. 		Februar 2016
2. Økt innregistrering fra alle hjertesviktpoliklinikkene.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilsvarende mål 1, tiltak 1. 2. Registeret selv sender ut månedlige statusrapporteringer for å øke motivasjon til økt registrering. 		
3. Utført dekningsgradsanalyser på individnivå.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sammenligne NPR-data for antall innliggende hjertesviktpasienter og 		



	<p>antall hjertesviktpasienter med polikliniske konsultasjoner med aktivitet registrert i NHSR.</p> <p>2. Utføre manuelle dekningsgradsanalyser på individnivå ved å gjennomgå journaler ved utvalgte sykehus for å estimere en insidens.</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

9. Økonomi og ressursbehov

1. NHSR skal ha økt sin dekningsgrad på institusjonsnivå til 100 % når prosjektet er avsluttet.

Status dekningsgrad på institusjonsnivå for januar 2016 var 85,7 % (30 av 35 Hjertesviktpoliklinikker).

Av de fem gjenværende sykehusene har fire søkt og fått tilgang til å registrere i NHSR (Bodø, Stord, Haugesund og Kongsberg), men har ikke startet opp med registrering ennå. Det er kun Ringerike sykehus som ikke har søkt om tilgang til innregistrering i NHSR.

Ved Kongsberg sykehus er sykepleieren interessert i å starte med registrering, men legen(e) er meget motvillig. Vi mottok dette svaret på mail fra den ene legen:

«Vi har vurdert hjertesvikregisteret men mener at vi ikke har tilstrekkelige personellressurser til å gjennomføre registreringen og registreringene er etter min oppfattning helt unødvendig omfattende. Skulle vi starte med registreringene måtte vi nesten slutte med å ta inn pasienter til hjertesviktpoliklinikken. Vi kommer til å prioritere pasientbehandlingen fortsatt.»

2. NHSR skal ha økt innregistrering fra alle hjertesviktpoliklinikkene når prosjektet er avsluttet.

NHSR skal også ha økende volum innregistrering fra hjertesviktpoliklinikker som allerede er i gang med å registrere (bedre dekningsgraden på individnivå) – selv om denne dekningsgraden per dags dato er ukjent. Vi sammenligner volum på antall innregistrerte besøk over tid for å vurdere utviklingen i volum per Hjertesviktpoliklinikk. Status 22.01.16: «Figur 1. Antall «Første besøk i 2015 per Hjertesviktpoliklinikk» (vedlegg).

3. NHSR skal ha utført dekningsgradsanalyser på individnivå når prosjektet er avsluttet.

NHSR skal sammenligne NPR-data for antall inneliggende hjertesviktpasienter og antall hjertesviktpasienter med polikliniske konsultasjoner med aktivitet registrert i NHSR.

NHSR vil gjennomgå journaler ved et par utvalgte sykehus for å estimere en insidens (hvor mange nye individer i en bestemt gruppe (innlagt på Hjertemedisinsk avdeling) som tilfredsstillter inklusjonskriteriene til Hjertesviktpoliklinikk og som blir henvist til Hjertesviktpoliklinikk i en gitt tidsperiode). Dette må gjøres ved to tidspunkt slik at man kan måle effekt av tiltakene.

OBS formulering, forplikter oss ikke til å utbetale midlene – noen forutsetninger for utbetalinger. Dekker inntil dette beløp. Alle kostnader må dokumenteres og være i henhold til spesifisert tiltaksplan, og endringer/økte kostnader må godkjennes av prosjektleder.



Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
<p>1. Registerseminardag 07.04.16 hvor både de som registrerer (og skal øke sin registrering) og de som ikke registrerer møtes og får opplæring/oppfølging/anledning til å stille spørsmål.</p> <p>Ca. 80 personer +/- får dekket dagpakke Gardermoen a` kr. 680,- pr. person. Reiseutgifter t/r må dekkes av det enkelte HF. I tillegg ønsker vi å dekke reiseutgiftene for 2 personer fra hjertesviktpoliklinikkene som ikke registrerer ennå (5 poliklinikker – 10-15 personer).</p>		110 000,-
<p>2. Tilbud om hospitering hos etablert hjertesviktpoliklinikk i geografisk nærhet – dekke 2 personer t/r og lunsj for 5 hjertesviktpoliklinikker eller reise til poliklinikkene og lære de opp der de er.</p>		15 000,-
<p>3. Utføre dekningsgradsanalyser på individnivå forutsetter midler til reise tur/retur de utvalgte sykehus.</p>		30 000,-
Sum		155 000,-

Registeret og involverte helseforetak vil til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
 - Sykepleierne må få ledelsen til å prioritere registrering i NHR. Dette er antagelig kjernen i problemet for de poliklinikkene som ennå ikke registrerer inn.
- Hvor kritiske er disse (analyse)
 - Veldig
- Tiltaksplan

11. Prosjektavslutning

Aktiviteten vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.

12. VEDLEGG

Aktuelle årsrapporter

Invitasjon Registerseminardag 07.04.16_sendt ut til alle 35 Hjertesviktpoliklinikker

Status antall Første besøk registrert i 2015 per 22.01.16.





Tiltaksplan

Økt dekningsgrad

Delprosjekt:
Nasjonal kvalitetsregister for ryggkirurgi

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	PROSJEKTETS NAVN	4
2.	PROSJEKTEIER	4
3.	BAKGRUNN, HENSIKT OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	4
4.	AVGRENSNINGER	4
5.	FORUTSETNINGER.....	4
6.	PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	5
6.1.	ORGANISERING	5
6.2.	PROSJEKTDELTAGERE	5
6.3.	AVVIKSHÅNDTERING	5
7.	PROSJEKTMÅL.....	5
8.	TILTAKSPLAN	6
9.	ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	6
10.	RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE.....	7
11.	PROSJEKTAVSLUTNING.....	7
12.	VEDLEGG	7



ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	04.02.2016	Alle	Førsteutkast	Vårin Sandvær	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				
3					



1. Prosjektets navn

Prosjektet heter: **Økt dekningsgrad**

Delprosjekt: Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR)

2. Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

3. Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

4. Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

5. Forutsetninger

- Finansiell støtte fra prosjektet

6. Prosjektorganisering og styring

6.1. Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse
Fagpersoner	Viktige medspillere i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

6.2. Prosjektdeltagere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Vårin Sandvær	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø Helse Nord
Philip Skau	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø SKDE
Tore Solberg	Registerleder	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
May Lisbeth Berglund	Fagperson	UNN-register

6.3. Avvikshåndtering

Den som blir klar over et avvik rapporterer dette til prosjektleder som er ansvarlig for å finne korrigerende tiltak og følge opp avviket.

7. Prosjektmål

Dekningsgrad angir i hvilken grad de pasienter eller hendelser som skal registreres faktisk blir registrert. Dekningsgraden for et enkeltsykehus er et mål på hvor mange av de aktuelle pasientene som behandles ved sykehuset som blir registrert i kvalitetsregisteret, mens den samlede dekningsgraden for registeret er den aggregerte dekningsgraden for alle sykehusene som behandler pasienter i registerets målgruppe.

Når prosjektet er avsluttet skal **Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi** ha økt sin dekningsgrad til et forhåndsdefinert nivå fra status oktober 2015 (60 %), **her definert som 68 % dekningsgrad på individnivå.**

Det forventes at effekten av tiltakene vil gi større økning for dekningsgrad i 2017, og NKR har som målsetning at dekningsgrad for 2017 vil nå 80%.



8. Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
Kartlegge registrerende enheters erfaringer rundt innregistrering til registret	<ul style="list-style-type: none"> - Questbackundersøkelse - Identifisere og oppdatere liste over kontaktpersoner ved sykehus 	Registerleder Sekretær UNN register	Medio februar
Avdelinger med dekningsgrad under 70% skal få individuelt tilpasset støtte og bistand	<ul style="list-style-type: none"> - Oppsøke og gi individuelt tilpasset veiledning aktuelle avdelinger - Individuelt tilpasset veiledning baseres på resultater fra gjennomført questbackundersøkelse - Veilede/ undervise om bruk av Rapporteket - Målgruppe for tiltakene vil være registerkontakt, legegruppe og støttepersonell. 	Registerleder Sekretær UNN registre Reg. styringsgruppe	Innen mai/juni
Gi NKR registerkontakter opplæring og motivasjon for bedring av registreringsrutiner.	<ul style="list-style-type: none"> - Arrangere workshop for NKR registerkontakter 	Registerleder Sekretær UNN register	April
Avdelinger som pr 2015 ikke registrerer skal starte opp innregistrering	<ul style="list-style-type: none"> - Etablere kontakt med ledere og fagfolk per telefon og brev - Ved behov følges dette opp videre med besøk fra NKR for å gi opplæring og veiledning. 	Registerleder Sekretær UNN register	Innen april
Øke fokus blant ledelse på HFenes plikt til innregistrering	<ul style="list-style-type: none"> - Sende brev til ledelse ved avdelinger med lav dekningsgrad 	Registerleder Sekretær UNN register	Innen april
	<ul style="list-style-type: none"> - Temaet tas opp på ledersamlinger for sykehusdirektører 	Databehandlingsansvarlig/direktør, UNN (Tor Ingebrigtsen)	Gjennom hele 2016
Redusere forskjeller på innregistrering av ØH og elektive pasienter	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse av NPR-data for å dokumentere forskjeller - Informere HF ledelse om resultater - Tema på workshop 	Registerleder	Første halvdel 2016
Redusere "lost-to-follow-up"	Opprette SMS varsling til pasienter	Registerleder	Første halvdel 2016

9. Økonomi og ressursbehov

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi har behov for økonomisk bistand for å arrangere workshop for registrerende enheter, samt besøke registrerende enheter som har behov for individuelt tilpasset veiledning.

Workshop; Erfaringsmessig møter ca. 45 deltakere fra hele landet. Møtet vil bli avholdt i Trondheim (Nasjonalt kompetansesenter for spinale lidelser, St. Olav), eventuelt i Oslo/Akershus. For gjennomføring av workshop behøver NKR økonomisk bistand for å dekke



deltakernes reiseutgifter (45x 1200 = 54 000 kr), samt dagpakke ved møtelokale (45x 750= 34 800).

Besøk ved innregistrende enheter; 2 personer (registerleder + sekretær) vil besøke 4 regioner i løpet av februar og primo mars 2016). Besøkene vil gjennomføres i 4 reiser, og NKR behøver økonomisk bistand for å finansiere reisene t/r regionene - Tromsø (4x 4700=21 100kr), overnatting (7x 2400= 16 800kr), diett(1400x7= 9800kr) og transport innad i regionene (6800kr).

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Workshop	0	88 000 kr
Besøk ved innregistrerende enheter	0	54 500 kr
Sum		142 500 kr

Registeret og involverte helseforetak vil til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

10. Risikoanalyse / usikkerhetsanalyse

- Hvilke usikkerheter foreligger
- Hvor kritiske er disse (analyse)
- Tiltaksplan

Se eget vedlegg (ROS-tabell)

11. Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.

12. VEDLEGG

ROS-tabell

Aktuelle årsrapporter

Dekningsgradsanalyser





Tiltaksplan

Økt dekningsgrad Delprosjekt Norsk register for anal inkontinens

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

INNHALDSFORTEGNELSE

PROSJEKTETS NAVN	3
PROSJEKTEIER	3
BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	3
AVGRENSNINGER	3
FORUTSETNINGER	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
PROSJEKTORGANISERING OG STYRING	3
ORGANISERING	3
PROSJEKTDeltakere	4
AVVIKSHÅNDTERING	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
PROSJEKTMÅL	4
TILTAKSPLAN	4
ØKONOMI OG RESSURSBEHOV	4
RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
PROSJEKTAVSLUTNING	5
VEDLEGG	5

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	17.01.16	Alle	Førsteutkast	Philip A. Skau	
1.0		Alle		Philip A. Skau	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Prosjektdirektiv Økt dekningsgrad				
2	Dekningsgrad Nasjonale kvalitetsregistre 2014				

Prosjektets navn

Prosjektet heter: Økt dekningsgrad

Delprosjekt: Norsk register for anal inkontinens

Prosjekteier

Navn	E-post	Telefon	Tilhørighet
Eva Stensland	Eva.Stensland@unn.no	77755803	Nasjonalt service miljø

Bakgrunn for, hensikt med og kort beskrivelse av prosjektet

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende. Tall fra 2014 viser at det er stor variasjon i dekningsgraden hos de nasjonale registrene. Behovet for å øke dekningsgraden hos nasjonale medisinske kvalitetsregistre har vært adressert i både Nasjonalt helseregisterprosjekt og i Interregional styringsgruppe. På bakgrunn av dette er det i regi av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre SKDE igangsatt et nasjonalt prosjekt for å øke dekningsgraden i syv utvalgte registre. Erfaringene fra dette arbeidet skal bidra til å utvikle en generisk metodikk for å heve dekningsgraden i samtlige nasjonale kvalitetsregistre.

Avgrensninger

- Metodikken/verktøyene vil ikke være basert på IT infrastruktur
- Problemstillinger knyttet til lovverk omfattes ikke av prosjektet.

Prosjektorganisering og styring

Organisering

Roller	Ansvar
Prosjekteier	Prosjektponsor og ansvarlig for prosjektbudsjett, godkjenning av prosjektdirektiv
Prosjektleder	Ansvarlig for den daglige prosjektfremdrift, håndtere kritiske hendelser
Prosjektstøtte	Primærkontakt mot registeret, sørger for oppfølging og bistår i diverse administrasjonsoppgaver i prosjektet
Registerleder	Leder av nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Primærkontakt mot prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og involveres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse



Roller	Ansvar
Fagpersoner	Viktige medspillere i prosjektet. Innehar ekspertroller innenfor sitt område og rådspørres i viktige beslutninger som berører deres fagkompetanse

Prosjektdeltakere

Navn	Rolle	Tilhørighet
Wenche Reed	Prosjektleder	Nasjonalt service miljø HSØ
Vårin Sandvær	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø Helse Nord
Philip Skau	Prosjektstøtte	Nasjonalt service miljø SKDE
Marianne Nicolaisen	Daglig leder	Norsk register for anal inkontinens
May Lisbeth Berglund	Fagperson	UNN-register
Stig Norderval	Faglig leder	Norsk register for anal inkontinens

Prosjekt mål

Når prosjektet er avsluttet skal Norsk register for anal inkontinens ha økt sin dekningsgrad fra 50 % i 2015 til 75 % i 2017

Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Dato
1. Spørreundersøkelse til de sykehus som per i dag ikke registrerer eller har lav dekningsgrad	Utarbeide Questback og sende til alle sykehus som ikke registrerer eller har lav dekningsgrad for å kartlegge mulige årsaker til at de ikke registrerer.	Registerleder	02.16
2. Møter med alle aktuelle sykehus	Daglig leder og sekretær for registeret besøker alle aktuelle sykehus.	Registerleder	03.16
3. Arrangere nasjonalt brukermøte	Samle alle 8-9 sykehus til et felles oppstartmøte. Invitere både kirurg og sykepleier ved hvert sykehus. Registeret dekker møte, hotel og reise for alle deltagere.	Registerleder Evt slå sammen med styringsgruppemøte	04.16
4. Etablere samarbeid med pasientforening	Etablere et tettere samarbeid med pasientforeningen for at denne også skal utøve et press på de sykehus som i dag ikke registrerer og bedre informasjon til pasientforeningen om resultater fra registeret.	Registerleder	03.16
5. Brev til HF og klinikkledelse	Sende brev fra databehandlingsansvarlige HF til det enkelte HF for å gjøre oppmerksom på HFets ansvar i forhold til oppdragsdokumentet	Registerleder	Etter behov
6. Kartlegge tid til registrering	Kartlegge hvor lang tid det tar å legge inn en ny pasient i registeret	Faglig leder; teste tidsbruk når pasient legges inn.	02.16

Økonomi og ressursbehov

Ressursbehov	In-kind bidrag	Eksternt ressursbehov
Mål 1.		Kr 0
Mål 2.	0	Kr 60000
Mål 3.	0	Kr 45000
Mål 4.		Kr 10000
Mål 5.		Kr 0
Mål 6.		Kr 0
Sum		Kr 115000

Registeret og involverte helseforetak vil til sammen få refundert kostnader for en samlet sum tilsvarende angitt eksternt ressursbehov, forutsatt aktivitet som angitt. Dersom det underveis er ønskelig å gjennomføre andre typer aktiviteter må dette forelegges prosjektleder for ny godkjenning.

Det vil bli gitt nærmere anvisninger om hvordan refusjon av kostnader skal foregå.

Prosjektavslutning

Aktivitetene vil i hovedsak foregå i 2016, men prosjektet vil avsluttes når dekningsgradstallene for 2016 foreligger, tentativt 1. oktober 2017.

VEDLEGG

Aktuelle årsrapporter
Dekningsgradsanalyser



Norsk gynekologisk endoskopiregister
Sykehuset i Vestfold
Halfdan Wilhelmsens allé 17
3116 Tønsberg
Tel.: 33342632
NGER@siv.no

NGER samlingsmøte

Sted: *Radisson Blu Airport Hotel Gardemoen*

Dato: *Torsdag 07.april 2016, kl 14:00 – 19:00.*

Program

14:00 - 14:05 Velkommen (*NGF, SKDE, Helse Sør-Øst og NGER*)

14:05 - 14:15 Viktigheten av høy dekningsgrad og deltakelse på nasjonale registre (*Jørgen Aarøe, Oslo*)

14:15 - 14:30 Påloggingsprosedyre, tips og triks med registrering (*Andreas Putz / Ariane Maria Putz, Tønsberg*)

14:30 - 14:50 Rapportering i hverdagen (*Klaus Oddenes, Haugesund– leder endoskopiutvalg*)

14:50 – 15:10 Resultater NGER fra 2013-2015 (*Martin Rakovan, Tønsberg*)

15:10 - 15:30 Rapporteket – hvordan får vi sett på våre resultater? (*Lena Ringstad Olsen, SKDE, Tromsø*)

15:3 - 15:50 Pause

15:50 - 16:10 Videoforedrag: Fører standardisering av operasjonsprosedyrer til bedre resultater, eksempel "Total laparoskopisk hysterektomi"? (*Siri Skrøppa, Tønsberg*)

16:10 - 16:40 Hysteroscopic and laparoscopic excision of fibroids (*Dr. Gregor Engelke, Münster - Tyskland*)

16:40-16:55 Medisinsk team trening på operasjonsstue (*Andreas Putz, Tønsberg*)

16:55 – 17:10 Endometriose – en utfordring i daglig operativ praksis (*Anne Veddeng, Haukeland*)

17:10 – 17:40 Intrauterine Conception, Quio vadis? (*Dr. Thomas Haßkamp, Veelen-Tyskland*)

17:40 – 18:00 Videoforedrag: Laparoskopisk tilgang ved høy BMI og/eller adheranser (*Tonje Bohlin, Tønsberg*)

18:00 – 18:10 Diskusjon

18:10 – 18:20 Avslutting

18:30 – 19:30 Middag

Invitasjon til registerseminardag Norsk hjertesviktregister

Torsdag 7. april 2016 kl.10.00 – 16.00
Radisson Blue Airport Hotel, Gardermoen

Nå registrerer 33 av 35 av landets Hjertesviktpoliklinikker i Norsk hjertesviktregister som er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for poliklinisk hjertesviktbehandling og snart håper vi alle er i gang!

Hensikten med et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister er:

- 1) Kvalitetssikre riktig og lik behandling til hjertesviktpasientene ved alle landets hjertesviktpoliklinikker.
- 2) Fremme forskning og utvikling av enda bedre behandling for landets hjertesviktpasienter.

Ved å delta på denne registerseminardagen ønsker vi å:

- Gi deg faglig påfyll om poliklinisk hjertesviktbehandling.
- Vise deg hvordan du kan tallfeste din lokale Hjertesviktpoliklinikk sin behandling ovenfor din lokale ledelse, noe som kan påvirke ledelsen syn på registrering og ressursfordeling.
- Vise deg hvordan du kan kvalitetssikre at din lokale Hjertesviktpoliklinikk tilbyr samme behandlingskvalitet som resten av sykehusene i Norge.
- Gi deg mulighet til å diskutere saker rundt registeret, gjennomføring i praksis med fokus på arbeidsmetode og stille spørsmål!

Vi inviterer 2 kontaktpersoner fra hvert sykehus/registerende enhet. Disse personene må være personer som er medisinsk ansvarlige og/eller personer som har ansvar for selve registreringsarbeidet.

Ingen konferanseavgift. Gratis lunsj. Reiseutgifter betales av det enkelte sykehus/HF. Svarfrist innen 19.02.16. Håper du/dere kan komme!

Påmelding sendes på mail til:

Eva Kjøll Slind: eva.kjol.slind@stolav.no, tlf.: 94 88 31 95.

Navn, sykehus, funksjon og e-postadresse må være oppgitt i påmeldingen.

Program for brukermøtet til Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi (NKR), 2015

Sted : Holbergs Terrasse, Kurs- og Konferansesenter
Tid : 17.04.15 kl 0900 – 1500

Agenda

0900 – 1000: Ankomstbuffet + Registrering

1000 – 1015: Innledning, Tore Solberg, fagligleder NKR

1015 – 1130: Nye forskningsresultater fra NKR/symposium om kirurgisk behandling av spinal stenose:

Mikrodekompresjon versus laminektomi ved sentral spinal stenose.
En pragmatisk sammenlignende effectiveness studie basert på ryggregister data v/Ulf Skule Nerland

Resultater etter operasjon med ulike teknikker for midtlinjebevarende kirurgi ved spinal stenose v/ Erland Hermansen

Spondylolistesestudien v/Ivar Magne Austevoll

1130 – 1200: Erfaring ved offentliggjøring på sykehusnivå v/Michael Strehle, Helgelandssykehuset

1200 – 1300: Lunsj

1300 – 1330: Erfaring med Ryggregisteret ved Stavanger universitetssykehus v/Knut Harboe

1330 – 1400 Dekningsgrad v/Tore Solberg

1400 – 1415 Pause

1415 – 1545: Lansering av det nye rapportsystemet

1545 – 1500: Avslutning

Vel møtt!

Spørreundersøkelse fra Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi

1) Hvilket HF tilhører du?

Velg

alternativ



Avdelingens rutiner knyttet til registrering til NKR

2) Er registrering til kvalitetsregisteret (NKR) en oppgave som ledelsen ved din avdeling prioriterer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

3) Finnes det en lege ved din avdeling som har hovedansvar for innregistrering til NKR?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



4) Finnes det andre som har ansvar for innregistrering til NKR? Sett evt. flere kryss.

- Nei
- Sykepleier
- Sekretær
- Fysioterapeut
- Vet ikke

5) Opererer din avdeling ryggpasienter som øyeblikkelig hjelp?

- Ja
- Nei
- Kun innenfor vanlig arbeidstid, hverdager (8-16)
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Opererer din avdeling ryggpasienter som øyeblikkelig hjelp? er lik Ja
-)

6) Har din avdeling rutiner for å registrere inn i NKR pasienter som opereres som ø-hjelp?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Opererer din avdeling ryggpasienter som øyeblikkelig hjelp? er lik Ja)

7) Hvilke pasienter blir i minst grad inkludert i NKR?

- Elektiv
- Ø-hjelp
- Vet ikke



8) Har dere faste rutiner for utfylling av pasientskjema (1A)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har dere faste rutiner for utfylling av pasientskjema (1A)? er lik Ja)

9) Hvilke rutiner har dere for pasientskjema?

- Skjema deles ut av personale ved avdelingen ved pasientens ankomst som del av skriftlig prosedyre
- Skjema deles ut av personalet ved avdelingen ved pasientens ankomst dersom personalet husker på det
- Pasientene får tilsendt skjema sammen med innkalling for innleggelse
- Skjema deles ut etter operasjon
- Vet ikke

10) Har dere faste rutiner for utfylling av samtykkeskjema?

- Ja

- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har dere faste rutiner for utfylling av samtykkeskjema? er lik Ja
-)

11) Hvilke rutiner har dere for samtykke?

- Skjema deles ut av personale ved avdelingen ved pasientens ankomst som del av skriftlig prosedyre
- Skjema deles ut av personalet ved avdelingen ved pasientens ankomst dersom personalet husker på det
- Pasientene får tilsendt skjema sammen med innkalling for innleggelse
- Skjema deles ut etter operasjon
- Vet ikke

12) Har dere faste rutiner for utfylling av lege/sykepleierskjema (2A)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har dere faste rutiner for utfylling av lege/sykepleierskjema (2A)? er lik Ja
-)

13) Hvilke rutiner har dere for lege/sykepleierskjema (2A)?

- Legen fyller ut skjema på operasjonsstua når operasjonsbeskrivelsen dikteres
- Skjema deles ut til kirurgen etter operasjon
- Skjema fylles ut av den som skriver epikrisen
- Legen må finne og fylle ut skjema på et tilfeldig tidspunkt

14) Finnes det faste plasser/hyller der ferdig utfylte skjema legges/samles?

- Ja
- Nei

Vet ikke

15) Hvem puncher skjema?

- Lege
- Sykepleier/fysioterapeut
- Sekretær
- Andre
- Vet ikke



Opplevelse av registrering i NKR

16) Hvordan oppleves pålogging til NKR?

- Enkelt
- Verken enkelt eller komplisert
- Komplisert
- Vet ikke

17) Opplever dere at pasienter ikke samtykker til registrering i NKR?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Opplever dere at pasienter ikke samtykker til registrering i NKR? er lik Ja
-)

18) Hvor stor andel av pasientene samtykker ikke til registrering i NKR?

- 1-10%
- 11-20%
- >20%

19) Hvordan opplever pasienten samtykkeskjema?

- Enkelt
- Verken enkelt eller komplisert
- Komplisert
- Vet ikke

20) Opplever dere at pasienter som har samtykket til registrering i NKR likevel ikke fyller ut spørreskjema?

- Nei

- Ja, sjelden
- Ja, ofte
- Vet ikke



21) Hvordan opplever pasientene utfylling av skjema (1A)?

- Enkelt
- Verken enkelt eller komplisert
- Komplisert
- Vet ikke

22) Hvordan oppleves lege-/ sykepleierskjema (2A)?

- Enkelt
- Verken enkelt eller komplisert
- Komplisert
- Vet ikke

23) Opplever dere at leger nekter å fylle ut spørreskjema (2A)?

- Nei
- Ja, sjelden
- Ja, ofte
- Vet ikke



24) Hvilket skjema blir oftest ikke fylt ut? Sett evt. 2 kryss

- Lege-/ sykepleierskjema (2A)
- Pasientskjema (1A)
- Samtykke
- Vet ikke

Årsak til manglende registrering til NKR og evt. forbedringspotensiale ved avdelingen

25) Hva tror du manglende registrering til NKR kan skyldes for din avdeling?

- Rutinesvikt - systematiske feil/ mangler i avdelingens rutiner knyttet til innregistrering
- Tilfeldige feil knyttet til enkeltpersoner/ enkelthendelser
- Vet ikke



26) Hva tror du er årsaken til at pasienter ikke blir inkludert i registeret? Sett evt. flere kryss.

- Manglende motivasjon/interesse hos helsepersonell
- Manglende prosedyrer/rutiner elektiv kirurgi
- Manglende prosedyrer/rutiner ø-hjelp

- Manglende interesse/tilrettelegging fra ledelsen
- Arbeidspress/økonomi
- Datatekniske problemer knyttet til innregistrering
- Dårlig tilbakemelding av data/resultater fra NKR
- Kvalitetssikring er ikke prioritert på min avdeling
- Manglende samtykke fra pasient
- Rutinesvikt i helger/ferieperioder
- Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Hva tror du er årsaken til at pasienter ikke blir inkludert i registeret? Sett evt. flere kryss. *er lik*Annet
-)

27) Vennligst spesifiser

28) Hva tror du kan bedre innregistrering til NKR fra din avdeling? Sett evt. flere kryss

- Bedre motivasjon fra ledelsen på avdelingen
- Bedre tilbakemeldinger/rapporter fra NKR
- Bedring av rutiner/prosedyerer på avdelingen
- Enklere spørreskjema
- Enklere dataløsinger
- Økonomisk støtte
- Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Hva tror du kan bedre innregistrering til NKR fra din avdeling? Sett evt. flere kryss *er lik* Annet

•)

29) Vennligst spesifiser

30) For å bedre avdelingens innregistrering til NKR, hvilken yrkesgruppe har størst forbedringspotensiale?

- Lege
- Sykepleier/fysioterapeut
- Sekretær
- Alle
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

• (

- Hvis For å bedre avdelingens innregistrering til NKR, hvilken yrkesgruppe har størst forbedringspotensiale?er lik Sekretær
- eller
- Hvis For å bedre avdelingens innregistrering til NKR, hvilken yrkesgruppe har størst forbedringspotensiale?er lik Sykepleier/fysioterapeut
- eller
- Hvis For å bedre avdelingens innregistrering til NKR, hvilken yrkesgruppe har størst forbedringspotensiale?er lik Lege

•)

31) Gjelder dette enkeltpersoner eller gruppen som helhet?

- Enkeltpersoner
- Hele gruppen



Rapportsystem - Rapporteket

32) Har du eller noen av dine kolleger benyttet registerets rapportssystem (rapporteket)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du eller noen av dine kolleger benyttet registerets rapportsystem (rapporteket)? *er lik* Ja
-)

33) Hvordan oppleves rapportsystemet ift brukervennlighet?

- Enkelt
- Verken enkelt eller komplisert
- Komplisert
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du eller noen av dine kolleger benyttet registerets rapportsystem (rapporteket)? *er lik* Ja
-)

34) Oppleves rapportsystemet som nyttig?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Oppfølging og støtte fra registeradministrasjonen

35) Vet du hvor du skal henvende deg dersom du har behov for hjelp i forbindelse med registrering?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



36) Har du kontaktet sentral registeradministrasjon for å be om hjelp eller veiledning?

- Ja
- Nei



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du kontaktet sentral registeradministrasjon for å be om hjelp eller veiledning? *er lik* Ja

•)

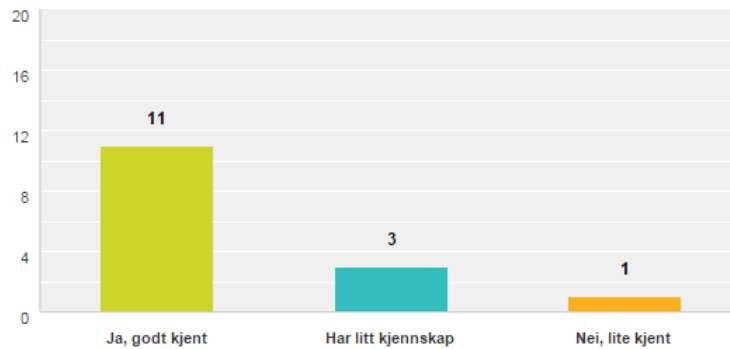
37) Fikk du den hjelpen du trengte?

- Ja
- Nei
- Vei ikke

Spørreundersøkelse vedrørende bruk av elektronisk registrering i MS registeret 2015/2016 (15 av 20 har svart)

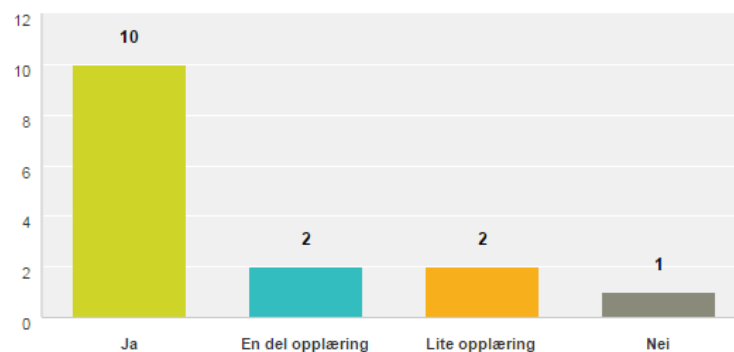
Er du kjent med hvordan data om MS pasienter skal registreres inn i registeret?

Besvart: 15 Hoppet over: 0



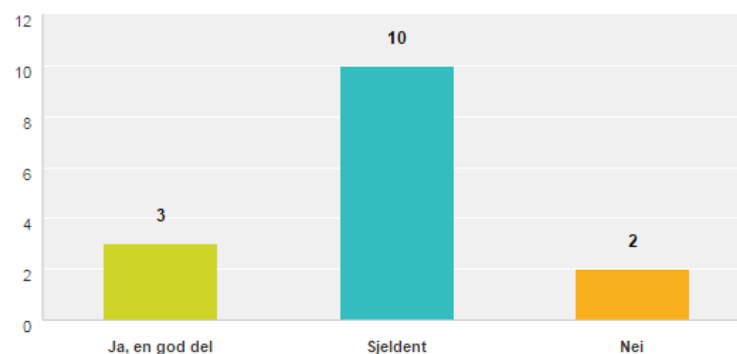
Har du eller andre på ditt sykehus fått tilstrekkelig opplæring i bruken av registerets registreringssystem?

Besvart: 15 Hoppet over: 0



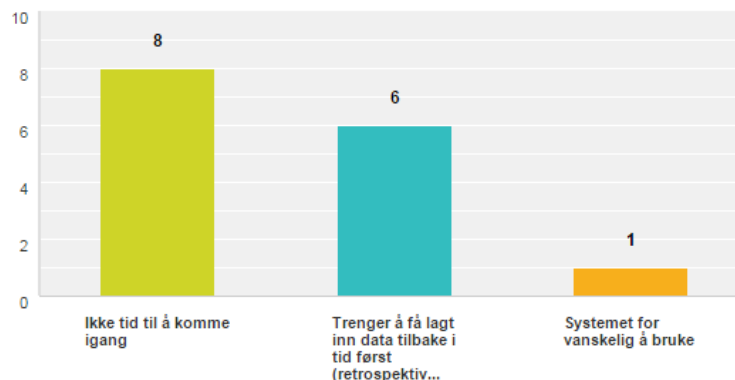
Bruker din avdeling MS registerets elektroniske registreringssystem til å registrere egne pasienter?

Besvart: 15 Hoppet over: 0



Hvis dere ikke bruker registeret: Hvorfor ikke?

Besvart: 12 Hoppet over: 3



Mange behandler MS pasienter og alle har ikke opplæring - eller har for få pasienter til effektivt bruke systemet
12.01.2016 22:24 [Se respondentenes svar](#)

To av avdelingens leger har vært i Bergen på opplæring, men i hverdagen blir tiden dessverre i knappeste laget.
18.12.2015 10:17 [Se respondentenes svar](#)

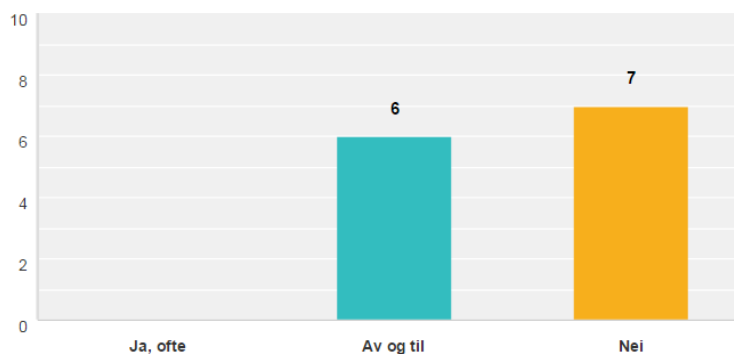
tidspress under konsultasjonen med pasienten gjøre det vanskelig. Vi har fått stadig mer å gjøre, og det er slik det er veldig lite tid til papirarbeid
16.12.2015 16:01 [Se respondentenes svar](#)

Tiden er nok den største hindrende faktoren.
16.12.2015 15:27 [Se respondentenes svar](#)

Noen få leger bruker nettsiden, men det er tidkrevende og mange leger dropper derfor å gjøre det.
16.12.2015 14:01 [Se respondentenes svar](#)

Hvis dere benytter registeret: Benyttes registeret i konsultasjonen med en MS pasient?

Besvart: 13 Hoppet over: 2



Kan du gi en beskrivelse av hva som har vært det vanskeligste i forhold til å starte opp med bruk av det elektroniske registreringssystemet til registeret?

Besvart: 14 Hoppet over: 1

innloggingen

25.01.2016 10:09 [Se respondentenes svar](#)

Tidsbruk ved retrospektiv oppdatering

12.01.2016 22:24 [Se respondentenes svar](#)

Vanskelig å få tid i en travel poliklinikk tid.

12.01.2016 14:59 [Se respondentenes svar](#)

Tid

04.01.2016 08:17 [Se respondentenes svar](#)

Mye fuzz i starten med elektronisk løsning som har tatt for lang tid.

18.12.2015 11:24 [Se respondentenes svar](#)

Tid til å bredde kunnskapen i avdelingen og tid til å benytte registreringssystemet løpende i tilknytning til den enkelte pasientkonsultasjon er det desiderte nåløyet å komme gjennom.

18.12.2015 10:17 [Se respondentenes svar](#)

Tid, manglende tid

18.12.2015 10:06 [Se respondentenes svar](#)

45 min på pas, som skal brukes til sykehistorie,nevrologisk status , resepter, henv. til rehabilitering, MR og blodprøver mm . Bare å starte databasen vil ta tid/ innlogging. Det er et tidsproblem

16.12.2015 16:01 [Se respondentenes svar](#)

Det er vanskelig å motivere leger til å ta i bruk registeret i en travel hverdag da det ikke settes av ekstra tid til det. Ikke alle leger forstår fordelene med å registrere (jmf leger som ikke har forskningsinteresse).

16.12.2015 15:27 [Se respondentenes svar](#)

Registrering av gamle pasienter tar også tid. Om alle var registrert, er det enklere å registrere fortløpende. Nå kan man "risikere" å måtte opprette registrering på aktuell pas, som tar tid.

16.12.2015 14:01 [Se respondentenes svar](#)

Manglende tid

16.12.2015 13:59 [Se respondentenes svar](#)

legge inn grunndata, få tid til det i en allerede fra før presset hverdag på polikl.

16.12.2015 08:48 [Se respondentenes svar](#)

Tidspress - mange pasienter og vanskelig å holde tiden allerede - pålogging, registrering etc er det ikke rom for i en travel hverdag.

16.12.2015 07:55 [Se respondentenes svar](#)

Å legge inn data i et register (generelt) er en ekstrajobb.

16.12.2015 07:45 [Se respondentenes svar](#)

Kan du gi en beskrivelse av hva dere ser som den/de viktigste faktorene for å kunne øke bruken av registeret?

Besvart: 15 Hoppet over: 0

lenke fra DIPS

25.01.2016 10:09 [Se respondentenes svar](#)

Hjelp/dugnad for retrospektiv oppdatering

12.01.2016 22:24 [Se respondentenes svar](#)

mer tid, og oppfølging av brukere i starten. Opplæringen vi fikk var bra, men ettersom vi ikke kom i gang umiddelbart så har vi glemt det ut. Kanskje en del kontakt via Lync mens vi holder på å registrere?

12.01.2016 16:10 [Se respondentenes svar](#)

Få satt av tid til å registrere, - få en registeransvarlig i avdelingen med frikløp et visst antall timer i uken.

12.01.2016 14:59 [Se respondentenes svar](#)

avsette tid til å få registeret oppdatert

04.01.2016 08:17 [Se respondentenes svar](#)

Det må være dedikert personell som kan gjøre dette utenom klinisk tid. gjerne med registererfaring fra andre registre.

18.12.2015 11:24 [Se respondentenes svar](#)

1) Tilstrekkelig tid i tilknytning til hver enkelt konsultasjon 2) Brei opplæring blant alle avdelingens leger med en forpliktelse for alle til å ta systemet i bruk 3) Forankring i avdelings- og klinikkledelse slik at den umiddelbare nytte blir synlig og dermed at økt tidsbruk ved hver konsultasjon kan aksepteres

18.12.2015 10:17 [Se respondentenes svar](#)

Mer avsatt tid

18.12.2015 10:06 [Se respondentenes svar](#)

DRG koding- som gjør at vi kan sette opp ekstra tid f.eks 1,5 time på en årskontroll, og ta takst for ekstra tidsbruk ved registrering.

16.12.2015 16:01 [Se respondentenes svar](#)

1) Få økonomisk kompensasjon til å registrere 2) Få avsatt mer tid 3) gjøre registrering obligatorisk slik at ledelsen må avsette tid til dette. 4) Gjøre forhåndsregistreringen mer fleksibel- for eksempel mulighet for å komme videre ved å sette bare diagnosetidspunkt og tidspunkt for debut av sykdommen.

16.12.2015 15:27 [Se respondentenes svar](#)

Det var snakk om at man skulle få dekket registrering av "gamle" pas, da dette er tidkrevende. Å ha oppdaterte lister hadde hjulpet. Man kunne da tenke seg at en dedikert sykepleier kunne gjort registreringen via et papirskjema eventuelt.

16.12.2015 14:01 [Se respondentenes svar](#)

Avsatt tid til registrering

16.12.2015 13:59 [Se respondentenes svar](#)

- besøk av en person fra registeret vil kunne øke kunnskapen/ferdigheten hos oss når det gjelder å bruke registeret, gi bedre innsikt i hva registeret brukes til (oversikt over prosjekter/forskning i forb med registeret) - vi trenger ekstra tid utenom arbeidstid for å gjøre en registreringsdugnad: er det avsatt sentrale midler til det? (ok, ser nå neste spørsmål)

16.12.2015 08:48 [Se respondentenes svar](#)

Frikjøp av personer for å gjøre basisregistrering! Honorar med 200 pr utfylt pasient som kommer i ettertid er ingen løsning - vi kan ikke ta leger ut av klinisk arbeid for penger som ikke er på plass.

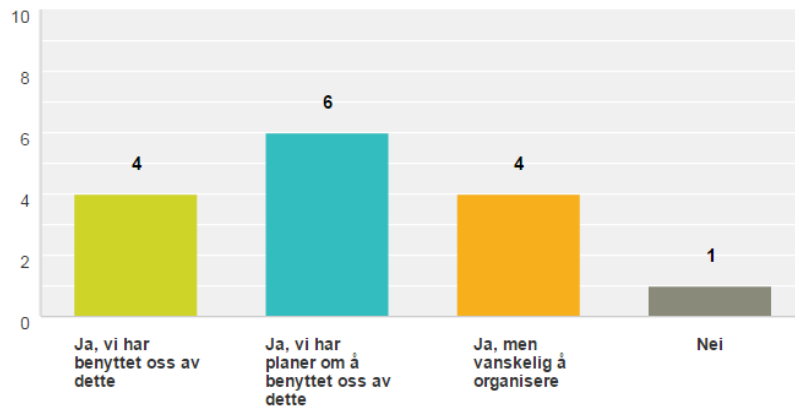
16.12.2015 07:55 [Se respondentenes svar](#)

Pålegg om register (å la nasjonalt hjerneslagregister)

16.12.2015 07:45 [Se respondentenes svar](#)

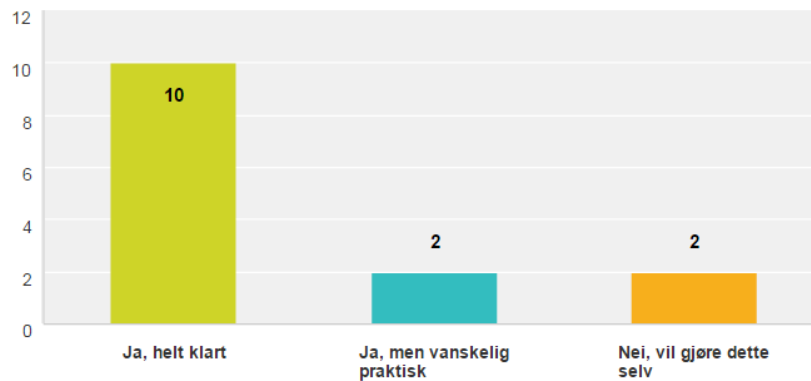
Registeret kan gi økonomisk støtte til registrering av data tilbake i tid (retrospektive data). Vil dette kunne øke registreringen ved din avdeling?

Besvart: 15 Hoppet over: 0



Kan det å ha en omreisende monitor som deltar i lokal registrering, hjelpe på økt bruk av registeret?

Besvart: 14 Hoppet over: 1



Andre kommentarer:

Besvart: 6 Hoppet over: 9