

Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser

Årsrapport 2017

Publikasjonens tittel: Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser. Årsrapport 2017.

Utgitt: Februar 2018

Bestillingsnummer: IS-2704

Saksnummer: 18/1751

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling helseregistre
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Rapporten kan lastes ned elektronisk fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-tjeneste-for-validering-og-dekningsgradsanalyser-arsrapporter>

Forfattere: Robert Wiik (Helsedirektoratet)
Heidi Jensberg (Helsedirektoratet)
Knut Ivar Johansen (Helsedirektoratet)
Geir-Ivar Andreassen (Helsedirektoratet)

Illustrasjon: © Chilipuffen Mostphotos

Utgitt i samarbeid med:



INNHold

INNHold	2
1. INNLEDNING	4
2. NASJONAL TJENESTE FOR VALIDERING OG DEKNINGSGRADSANALYSER	5
2.1 Definisjoner	5
2.2 Formål	6
2.3 Aktører	6
2.4 Funksjon	7
2.5 Beregning av dekningsgrad	8
3. AKTIVITET I 2017	10
3.1 SKDE og Helsedirektoratet	10
3.2 Dekningsgradsanalyser i 2017	11
3.2.1 Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer	11
3.2.2 Nasjonalt barnehofteregister	11
3.2.3 Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (rygg)	12
3.2.4 Norsk register for kronisk obstruktiv lungesykdom	13
3.2.5 Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer	13
3.2.6 Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi	13

3.2.7	Norsk kvalitetsregister for gynekologisk endoskopi	14
3.2.8	Norsk MS-register og -biobank	14
3.2.9	Andre analyser	14

1. INNLEDNING

Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser ble etablert i 2013. Tjenesten utvikles og driftes som et samarbeid mellom Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ved Helse Nord RHF og Helsedirektoratets avdeling helseregistre (FIHR). FIHR har ansvar for de lovbestemte helseregistrene Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Sistnevnte register ble etablert i 2017.

I årsrapportens første del gis en innføring i tjenestens bakgrunn, aktører, formål og funksjon. I tillegg defineres sentrale begreper og det vises hvordan dekningsgrader beregnes.

Årsrapporten beskriver videre Helsedirektoratet og SKDEs aktivitet i tjenesten i 2017. Årsrapportene for Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser utarbeides i fellesskap av Helsedirektoratet og SKDE. Dette er den femte årsrapporten som publiseres.

Helsedirektoratet utførte åtte ordinære, individbaserte dekningsgradsanalyser i 2017, hvorav to var førstegangsanalyser:

- Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (ny)
- Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ny)
- Norsk register for kronisk obstruktiv lungesykdom (ny)
- Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (ny)
- Norsk MS-register og -biobank (ny, men gjort telling tidligere)
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
 - Rygg (gjenskapelse)
- Nasjonalt barnehofteregister (gjenskapelse)
- Norsk gynekologisk endoskopiregister (gjenskapelse)

Videre har Helsedirektoratet gjort avgrensede analyser med telling av gitte tilstands- og prosedyrekoder for disse registrene:

- Norsk register for gastrokirurgi (gjenskapelse)
- Nordisk register for hidradenitis suppurativa (gjenskapelse)
- Norsk register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer (gjenskapelse, men denne gang telling og ikke individbasert)
- Norsk register for analinkontinens (gjenskapelse)
- Gastronet og Norsk ERCP-register (gjenskapelser)
- Norsk kvalitetsregister ØNH tonsilleoperasjoner (ny)

I tillegg har Helsedirektoratet i 2017 arbeidet med individbaserte dekningsgradsanalyser for registeret Nasjonalt register for prostatakreft, men den er ikke ferdig ennå.

2. NASJONAL TJENESTE FOR VALIDERING OG DEKNINGSGRADSANALYSER

2.1 Definisjoner

Et *medisinsk kvalitetsregister* er en strukturering av klinisk relevante opplysninger i pasientforløp. I kvalitetsregistre samles informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor ulike sykdomsgrupper. Målsetningen er å utgjøre et kunnskapssystem for bruk i alle nivåer i helsetjenesten. Fortløpende læring, forbedring, prioritering og styring skal gi bedre og tryggere pasientbehandling. I de medisinske kvalitetsregistrene registreres fortløpende opplysninger for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Opplysningene skal beskrive kvalitet hos de behandlende enhetene og helsetjenesten generelt.

Medisinske kvalitetsregistre kan bli tildelt nasjonal status, noe som betyr at registeret innfrir visse kvalitetskriterier og at et regionalt helseforetak har påtatt seg driften av registeret. Nasjonal status tildeles av Helsedirektoratet etter søknad. Ved utgangen av 2017 hadde 54 kvalitetsregistre nasjonal godkjenning.¹ Det har for øvrig ikke blitt godkjent nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre siden 2016. Årsaken er at «systemet for faglig og økonomisk styring av kvalitetsregisterfeltet er under utredning.»²

Et kvalitetsregisters *dekningsgrad* indikerer i hvilken grad opplysninger om pasienter innenfor målgruppen faktisk blir rapportert til kvalitetsregisteret. En metode for å undersøke om alle aktuelle pasienter eller hendelser er registrert er kontroll mot en «gullstandard» for målgruppen. For at et register skal kunne fungere som en gullstandard er det en forutsetning at rapportering av aktivitet er obligatorisk. I Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser fungerer NPR som en gullstandard, i og med at det er obligatorisk for offentlig finansierte enheter i spesialisthelsetjenesten å rapportere til NPR. NPR er avhengig av korrekt rapportering av opplysninger fra sykehus og andre enheter for å kunne gjøre gode og presise analyser av dekningsgrad.

Vår definisjon av dekningsgrad tilsvarer begrepet *kompletthet* (eng. *completeness*³). Det innebærer at det er *individbasert* dekningsgrad som beregnes ved at pseudonymiserte fødselsnumre kobles på tvers av registrene. I tillegg benyttes gjerne andre opplysninger, f.eks. operasjonsdatoer. Dekningsgrad skiller seg fra tilslutningsgrad (eng. *coverage*) som angir andelen helseinstitusjoner som rapporterer til kvalitets-

¹ Se liste over registrene her: www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt.

² <https://www.kvalitetsregistre.no/artikkel/behandler-ikke-soknader-om-nasjonal-status>.

³ Se OECD Glossary of Statistical Terms: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=5054>.

registeret. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i SKDE publiserte i september 2017 en egen rapport om sykehusenes tilslutningsgrad.⁴

2.2 Formål

Nasjonale tjenester for validering og dekningsgradsanalyser er del av infrastrukturen for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Tjenesten finansieres gjennom øremerkete midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Den har blitt utviklet og driftet som et samarbeidsprosjekt mellom SKDE og Helsedirektoratet siden oppstarten i 2013.

Den nasjonale tjenestens overordnede mål er å gi et betydelig bidrag i arbeidet med å høyne kvalitetsregistrenes dekningsgrader. Analyser skal gi detaljert kunnskap om registrenes dekningsgrad og datakvalitet. Tjenesten skal lette kvalitetsregistrenes arbeid med å øke dekningsgraden ved å tilby utfyllende og regelmessig informasjon om enhetenes faktiske rapporteringsgrad. Kvalitetsregistrenes dekningsgrad ble i 2017 aktualisert gjennom *Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål*.⁵

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 høy. Dekningsgradsanalysene skal gjøre registrene i stand til å gi tilbakemelding til enheter med lav dekningsgrad, og arbeide med å bedre kodingskvaliteten ved sykehusene. Lave dekningsgrader legger betydelige begrensninger på hvilke konklusjoner som kan trekkes fra analyser av kvalitetsregistrenes data.

Muligheten for at et utvalg ikke er representativt for populasjonen, dvs. et registers målgruppe, øker med fallende dekningsgrader. Skjevheter i pasientgrunnet kan representere systematiske feilkilder i data, noe som kan ha konsekvenser for styringsinformasjon og anbefalt medisinsk praksis.

2.3 Aktører

SKDE er en enhet i Helse Nord RHF direkte underlagt administrerende direktør. SKDE har som oppdrag å bidra til kvalitativ forbedring og riktigere prioritering av helsetjenesten, og har av HOD blitt tildelt funksjon som Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Hovedmålsetting er å gi bistand og rådgivning til medisinske fagmiljøer for oppstart, planlegging, analyse, rapportering og drift av medisinske kvalitetsregistre. Servicemiljøet fungerer som kontaktledd mellom enkeltregistre og Helsedirektoratet i forkant av dekningsgradsanalysene.

Kvalitetsregistrene, representert ved deres daglige ledere, er brukere av tjenesten. Samarbeid med kvalitetsregistrene er avgjørende for analyser, resultater, publiseringer og tjenestens funksjon. Data-behandlingsansvarlig for det enkelte nasjonale medisinske kvalitetsregister er et av landets helseforetak (HF).

Helsedirektoratet forvalter helseregistrene Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). De to registrene driftes av avdeling helseregistre (FIHR).

⁴ https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/tilslutning_2017_171121_1.pdf

⁵ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Helseregistre.aspx>

NPR er et lovbestemt personidentifiserbart nasjonalt helseregister og dekker hele spesialisthelsetjenesten. Registeret er etablert med administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester som hovedformål. Det er obligatorisk for enheter i den offentlig finansierte helsetjenesten å rapportere pasientadministrative data til NPR. Registeret inneholder ikke opplysninger om privatfinansiert aktivitet i spesialisthelsetjenesten. NPR publiserer nasjonale aktivitets- og ventelistetall for spesialisthelsetjenesten basert på innrapporterte data.

NPR har egen forskrift, Norsk pasientregisterforskriften. I henhold til § 1-2b er et av registerets formål å «danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre». Videre åpner § 3-7 for at «Norsk pasientregister kan tilrettelegge og utlevere relevante og nødvendige opplysninger til sykdoms- og kvalitetsregistre for etablering og kvalitetskontroll.»

FIHR kan med sin tilgang til NPRs personidentifiserbare data fra spesialisthelsetjenesten beregne individbaserte dekningsgrader for de fleste av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Avdelingen har erfaring, kompetanse og infrastruktur for å drifte den nasjonale tjenesten. Ansvar for analyser og kommunikasjon med registrene underveis i analyseprosessen er lagt til FIHR.

Foreløpig er det kun NPR av registrene i FIHR som brukes i dekningsgradtjenesten. I likhet med NPR er KPR et lovbestemt personidentifiserbart nasjonalt helseregister. Hovedformålet til KPR er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal opplysningene kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og nasjonal kjernejournal.⁶ Etter hvert som KPR utvikles videre vil også data fra primærhelsetjenesten kunne benyttes i dekningsgradsanalyser.

2.4 Funksjon

Kvalitetsregistre som ønsker å få utført dekningsgradsanalyser søker det nasjonale servicemiljøet om dette ved å fylle ut søknadsskjema på nettsiden www.kvalitetsregistre.no. Registrene må ha juridisk hjemmel for overføring av data til Helsedirektoratet, samt utarbeide en presis prosedyrebeskrivelse for hvordan datasettet for den aktuelle registerpopulasjonen skal identifiseres i NPR og kobles med data fra kvalitetsregisteret.

Når formelle krav er innfridd og søknaden om dekningsgradsanalyse er sendt SKDE, blir registeret kontaktet av Helsedirektoratet ved oppstart av analysearbeidet. Kvalitetsregisteret og Helsedirektoratet utarbeider og underskriver framdriftsplan med frister for de ulike delene av analysearbeidet. SKDE administrerer tjenesten og prioriterer registrene dersom det er kø.

Resultatene overleveres fra Helsedirektoratet til kvalitetsregisteret ved analyseslutt. En oppsummering av resultatene gjøres tilgjengelig på SKDEs nettsider i samarbeid med den registeransvarlige. Helsedirektoratet sørger for dokumentasjon av metode for gjenbruk ved senere analyser.

Etter første gangs dekningsgradsanalyse for et register legges det opp til oppdaterte/tidsaktuelle analyseegenskaper annet hvert år. Således vil SKDEs nettsider over tid inkludere relativt oppdatert informasjon om dekningsgradene for kvalitetsregistrene.

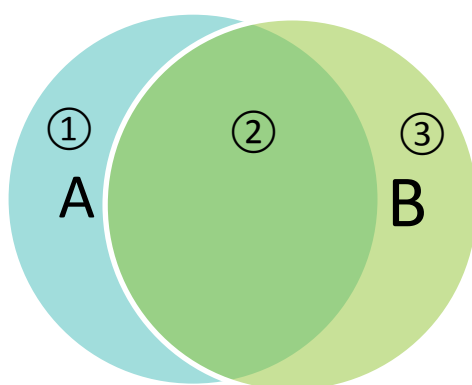
⁶ <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>

2.5 Beregning av dekningsgrad

I mange tilfeller er kvalitetsregistrene og NPR ikke direkte sammenlignbare på grunn av ulik struktur og ulike variabler. For å identifisere samme målpopulasjon i NPR som i kvalitetsregisteret må det derfor utvikles inklusjons- og eksklusjonskriterier for uttrekk av data. Slike kriterier kan være koder fra medisinske kodeverk som ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP, samt variabler som kjønn, alder og tidspunkt for behandling eller operasjon. Et kvalitetsregister kan ha flere dekningsgrader, for eksempler en for primær-operasjoner og en for revisjoner.

Det at NPR ikke inneholder opplysninger om privatfinansiert aktivitet vil kunne ha betydning for beregning av dekningsgrad, da kvalitetsregistrene ikke har en slik begrensning. Opplysninger om privatbetalende pasienter vil ikke kunne kobles på tvers av registrene.

Figur 1 viser hvordan kvalitetsregisteret (A) forholder seg til NPR (B) når en viss andel av observasjonene kan kobles. Området merket med ② er observasjoner som kan kobles og som derfor finnes både i kvalitetsregisteret og NPR. ① angir observasjoner som kun er i kvalitetsregisteret, mens ③ er de som kun er i NPR.



Figur 1. Sammenstilling av registre og mulige utfall

Ved beregning av dekningsgrad utgjør summen av ①, ② og ③ det maksimale antallet observasjoner. Se formel for dekningsgrad i kvalitetsregisteret nedenfor. Også observasjoner som kun er i kvalitetsregisteret inngår i totalen. Antall observasjoner i kvalitetsregisteret utgjøres av de som kan kobles med NPR og de som kun er i kvalitetsregisteret. Ved utregning av NPRs dekningsgrad byttes kategori ① med ③ i brøkens teller. Dekningsgraden varierer mellom 0 og 100 %.

$$\text{Formel for dekningsgrad} = \frac{\text{kun kvalitetsregister ①} + \text{begge registre ②}}{\text{kun kvalitetsregister ①} + \text{begge registre ②} + \text{kun NPR ③}}$$

Pseudonymisert løpenummer brukes som koblingsnøkkel ved sammenstilling av registrene. Koblingen gjøres per pasient eller per observasjon, avhengig av hvordan kvalitetsregisteret er strukturert. Kobling per observasjon er vanligst for prosedyrebaserte registre, der det kan være flere operasjoner eller behandlinger per pasient. I slike tilfeller vil datoer og datointervall være nødvendig for å koble observasjoner i analysen.

3. AKTIVITET I 2017

3.1 SKDE og Helsedirektoratet

Servicemiljøet informerer kvalitetsregistrene om tjenesten via nyhetsbrev, ved formelle og uformelle sammenkomster og arrangerte konferanser. Servicemiljøet veileder registrene etter behov i forkant av dekningsgradsanalyser. Dette inkluderer juridisk bistand, hjelp til søknad om unntak fra taushetsplikt, gjennomgang av prosedyrebeskrivelse og bevisstgjøring av hva som forventes av registerets fagmiljø. Servicemiljøet har også hjulpet registrene med uttrekk, tilrettelegging og oversendelse av datasett til Helsedirektoratet.

Videre har servicemiljøet avholdt møter med registrene og Helsedirektoratet og hatt ansvaret for overordnede prioriteringer i køsystemet av registre som venter på analyser.

Servicemiljøet bistår de medisinske kvalitetsregistrene med fremstilling og publisering i forbindelse med offentliggjøring av resultater. Det er utviklet en resultattjeneste for dekningsgradsanalyser som oppsummerer resultatene fra hver enkeltanalyse per helseforetak⁷ Servicemiljøet formidler også resultater fra tjenesten ved konferanser og ulike møtefora.

FIHR har i løpet av 2017 utført åtte ordinære dekningsgradsanalyser. Tre av analysene var gjenskapelser av analyser som var gjort for samme registre tidligere, mens fem var førstegangsanalyser. Det kan legges til nye elementer selv om analysen er en gjenskapelse. F.eks. ble det lagt til analyser av totalprotese i dekningsgradsanalysen for Nasjonalt hoftebruddregister i 2016. Hovedresultatene presenteres per register nedenfor.

Det lages rapporter for hver av registersammenstillingene. Enkeltrapportene gir mer detaljert informasjon om datagrunnlag, metode, analyser og resultat enn det som presenteres i årsrapporten. Rapportene er tilgjengelige på forespørsel til SKDE eller Helsedirektoratet.

⁷ <https://skde.shinyapps.io/dekningsgrad/>

3.2 Dekningsgradsanalyser i 2017

3.2.1 Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer

I dekningsgradsanalysen ble data på individnivå fra Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS) sammenstilt med data fra NPR. Analysen dekket perioden 2008-2014.

Foreløpige resultater viste at det i NPR var 953 pasienter med ICD-10-kode E27.1 Primær binyrebarkinsuffisiens [Addisons sykdom] som ikke var i ROAS. For å kunne beregne en så korrekt dekningsgrad som mulig for den aktuelle pasientgruppen, ble det i dialog med ROAS bestemt at det skulle gjennomføres en validering av ICD-10-kodene for pasientene som kun var i NPR. Hvert enkelt sykehus søkte til Helsedirektoratet om utlevering av egne data. De gikk deretter gjennom journalopplysningene for de aktuelle pasientene og meldte tilbake om E27.1 var korrekt eller ikke.

Etter endt validering kunne kvalitetssikrede data for 856 av 953 pasienter benyttes til å beregne endelig dekningsgrad for ROAS. Om lag 60 % av ICD-10-kodene som kun var rapportert til NPR viste seg ikke å være korrekte og dermed kunne ekskluderes fra datagrunnlaget.

Dekningsgrad for ROAS ble beregnet til 61,0 %, mens den for NPR var 95,2 %. Høyest dekningsgrad hadde Helse Bergen HF (87,5 %) og Helse Fonna (79,2 %). Det var generelt høyere dekningsgrader ved helseforetakene i Helse Vest RHF enn i Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

Av ulike årsaker ble ikke opplysningene for 97 pasienter validert. De fleste av disse (82 pasienter) manglet fordi de aktuelle helseforetakene ikke har meldt tilbake til Helsedirektoratet etter å ha fått utlevert fødselsnummer. Andre helseforetak og behandlingssteder har ikke søkt (gjelder 6 pasienter) eller er utelatt på grunn av for få pasienter (gjelder til sammen 9 pasienter).

Det blir feil å utelate de 97 pasientene fullstendig, men også feil å beholde alle i datagrunnlaget. Det er ikke grunn til å tro at andelen korrekte og ikke-korrekte ICD-10-koder for de helseforetakene som ikke har meldt tilbake skiller seg fra resultatene fra resten av foretakene.

Ved å bruke andel korrekte koder for de som har meldt tilbake – som er 38,3 % – kan en estimere hvor mange av de 97 pasientene som har E27.1. Det tilsvarer 37 pasienter. Disse velges tilfeldig blant helseforetak og behandlingssteder som ikke er validert. Datagrunnlaget for kategorien «Kun NPR» består dermed av (1) pasienter med ICD-10-koder som er bekreftet korrekte og (2) estimert/sannsynlig antall E27.1 for helseforetakene som ikke har gitt tilbakemelding. Til sammen utgjør det 365 pasienter.

Tabell 1. Dekningsgrad for ROAS. Korrigeret og estimert datagrunnlag. 2008-2014

Begge	Kun ROAS	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, ROAS (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
525	45	365	935	61,0	95,2

3.2.2 Nasjonalt barnehofteregister

I dekningsgradsanalysen er data på individnivå fra Nasjonalt barnehofteregister (NBHR) sammenstilt med data fra NPR. Analysen dekker perioden 2010-2015. Det er beregnet dekningsgrad for tilstandene hofteladdsdysplasi (HD), epifysiolysis capitis femoris (SCFE) og Calvé-Legg-Perthes (CLP). Dekningsgrad for HD var nær 80 %, mens den var 74 % for SCFE og 91 % for CLP.

NPRs dekningsgrad var om lag 90 % for HD og 98 % for de to andre tilstandene. Analysene var krevende å gjennomføre da mange NCSP-koder for barnehoftoperasjoner ikke var rapportert fra sykehusene til NPR. Dette gjaldt spesielt for HD og CLP. Konsekvensen var mer komplekse og usikre analyser.

Det ble regnet som en kobling hvis pasienten hadde relevant ICD-10-kode og fantes i begge registre. En måtte se bort fra det opprinnelige kravet om relevant NCSP-kode. Pasienter som hadde opphold som tilfredsstilte kriteriene for ICD-10- og NCSP-koder, samt alder og omsorgsnivå, men ikke kunne gjenfinnes i NBHR, ble klassifisert som «kun NPR». Pasienter som kun var i NBHR kunne ikke gjenfinnes i NPR med relevant ICD-10-kode.

Tabell 2. Dekningsgrad for NBHR per tilstand. 2010-2015

Tilstand	Begge	Kun NBHR	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, NBHR (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
HD	305	43	90	438	79,5	90,2
SCFE	148	3	53	204	74,0	98,5
CLP	194	5	20	219	90,9	97,7

3.2.3 Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (rygg)

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyser for Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR) for 2015 og 2016. NKR er del av prosjektet økt dekningsgrad. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er for øvrig justert noe sammenlignet med tidligere dekningsgradsanalyser for NKR.

Sammenstillingen med data fra NPR viste at dekningsgraden for ryggoperasjoner i Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi var 64,0 % for 2015 og 2016 sett under ett.

NPRs dekningsgrad var 86,6 %. NPR har ikke hjemmel til å samle inn data fra privatfinansiert spesialisthelsetjeneste. Dekningsgraden for NPR for private institusjoner var 39,4 %, mens den var 95,7 % for offentlige sykehus.

Frafallsanalyser viste at andel øyeblikkelig hjelp var høyere for operasjoner som kun finnes i NPR (24,9 %) enn for operasjoner som lot seg koble mellom registrene (9,7 %). For kjønn var det ingen forskjell, mens noen flere av de som kun var i NPR ble operert i helger, helligdager og offentlige høytidsdager.

Tabell 3. Dekningsgrad for NKR-rygg. 2015-2016

Begge	Kun NKR-rygg	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, NKR-rygg (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
7 471	1 982	5 322	14 775	64,0	86,6

3.2.4 Norsk register for kronisk obstruktiv lungesykdom

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Norsk register for kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) for 2015. Åtte sykehus rapporterte data til KOLS-registeret i 2015.

KOLS-registeret hadde en total dekningsgrad på 8,4 %, mens NPRs dekningsgrad er 99,8 %. Helse Bergen, Haukeland og Sørlandet sykehus, Kristiansand hadde høyest dekningsgrad (46,4 og 46,3 %), fulgt av Helse Fonna, Haugesund (33,8 %). De øvrige sykehusene hadde dekningsgrader mellom 13,1 og 28,5 %.

Tabell 4. Dekningsgrad for KOLS. 2015

Begge	Kun KOLS	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, KOLS (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
740	22	8 348	9 110	8,4	99,8

3.2.5 Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt) for 2016. NorArtritt hadde en total dekningsgrad på 22,1 %, mens NPRs dekningsgrad var 98,9 %. Per i dag rapporterer fem helseforetak data til NorArtritt. Høyest dekningsgrad av disse har Helse Bergen med 80,4 %, fulgt av Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus (59,5 %), St. Olavs Hospital (57,5 %), Helse Førde (50,6 %) og Universitetssykehuset Nord-Norge (35,5 %). Per tilstand var det revmatoid artritt, psoriasisartritt og ankyloserende spondylitt som hadde høyest dekningsgrad. Alle hadde dekningsgrad på over 20 % i landet som helhet.

Tabell 5. Dekningsgrad for NorArtritt. 2016

Begge	Kun NorArtritt	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, NorArtritt (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
8 843	443	32 753	42 039	22,1	98,9

3.2.6 Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOREg-N) for 2016.

SOREg-N hadde dekningsgrad på 64,4 %, mens NPRs dekningsgrad var 93,5 %. I SOReg-N har 8 av helseforetakene dekningsgrad på 90 % eller høyere, mens 2 andre ligger rundt 80 %. Tallet for landet som helhet ligger imidlertid lavere da SOReg-N mangler mange operasjoner fra Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF.

NPR har ikke hjemmel til å samle inn opplysninger for privatfinansiert aktivitet i spesialisthelsetjenesten, mens SOReg-N inneholder slike data. Operasjoner ved Privatsykehuset Haugesund AS, Volvat Medisinske Senter Bergen og Volvat Medisinske Senter Oslo gjenfinnes derfor ikke i NPR.

Tabell 6. Dekningsgrad for SOReg-N. 2016

Begge	Kun SOReg-N	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, SOReg-N (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
1 214	136	747	2 097	64,4	93,5

3.2.7 Norsk kvalitetsregister for gynekologisk endoskopi

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Norsk kvalitetsregister for gynekologisk endoskopi (NGER) for året 2016. Dekningsgrad i NGER for 2016 ble beregnet til å være 38 % på nasjonalt nivå. Dette er en økning fra 26 % i 2015. Dekningsgraden varierer mellom helseforetakene fra 0 til 88 %.

Tabell 7. Dekningsgrad for NGER. 2016

Begge	Kun NGER	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, NGER (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
4 554	130	7 664	12 348	37,9	98,9

3.2.8 Norsk MS-register og -biobank

Det ble utført en individbasert dekningsgradsanalyse for Norsk MS-register og -biobank (MS) for 2008-2016. MS-registeret hadde en total dekningsgrad på 69,2 %, mens NPRs dekningsgrad var 97,2 %. Blant fylkene med høyest dekningsgrad var Finnmark, Hordaland, Møre og Romsdal og Troms. De hadde alle dekningsgrader på over 90 % i MS-registeret.

Tabell 8. Dekningsgrad for MS. 2008-2016

Begge	Kun MS	Kun NPR	Totalt	Dekningsgrad, MS (%)	Dekningsgrad, NPR (%)
8 708	364	4 031	13 103	69,2	97,2

3.2.9 Andre analyser

Det ble også gjort sju enklere analyser i 2017. Disse ble utført ved å telle antall tilfeller av gitte tilstands- og/eller prosedyrekoder i NPR. Tallene ble deretter sammenlignet med kvalitetsregistrenes egne volumtall. Unntaket er Norsk kvalitetsregister ØNH tonsilleoperasjoner som ikke hadde egne data på tidspunktet da NPR-data ble utlevert.

Det gjaldt følgende registre:

- Norsk register for gastrokirurgi
- Nordisk register for hidradenitis suppurativa
- Norsk register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer
- Norsk register for analinkontinens
- Gastronet
- Norsk ERCP-register
- Norsk kvalitetsregister ØNH tonsilleoperasjoner



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no