

Gastronet

Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak

Geir Hoff¹

¹*Sykehuset Telemark, Skien*

22. september 2015

Innhold

Innhold	2
Del I Årsrapport	3
1. Sammendrag	3
Summary in English	4
2. Registerbeskrivelse	5
2.1 Bakgrunn og formål	5
2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag	6
2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar	6
3. Resultater	8
4. Metoder for fangst av data	11
5. Metodisk kvalitet	12
5.1 Antall registreringer.....	12
5.2 Metode for beregning av dekningsgrad	12
5.3 Dekningsgrad på institusjonsnivå	12
5.4 Dekningsgrad på individnivå.....	14
5.5 Metoder for intern sikring av datakvalitet	15
5.6 Metode for validering av data i registeret	15
5.7 Vurdering av datakvalitet	15
6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring	16
6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret	16
6.2 Registerets spesifikke kvalitetsmål.....	16
6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	17
6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse	17
6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.	17
6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer	18
6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder	18
6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret	18
6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis).....	19
6.10 Pasientsikkerhet	19
7. Formidling av resultater	20
7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø	20
7.2 Resultater til administrasjon og ledelse	20
7.3 Resultater til pasienter	20
7.4 Offentliggjøring av resultater på institusjonsnivå	20
8. Samarbeid og forskning	20
8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre.....	21
8.2 Vitenskapelige arbeider	21
Del II Plan for forbedringstiltak	22
9. Forbedringstiltak, momentliste	22
Del III Stadievurdering	25
10. Referanser til vurdering av stadium	25

1. Sammendrag

1. I 2014 ble det rapportert inn 18.546 koloskopier fra 33 sentre – hvorav 25 norske og 3 svenske kliniske sentre og fem screeningsentre (Moss og Bærum og NordICC screeningprosjektsentrene i Kristiansand, Arendal og Västerås). To av de norske kliniske sentrene har vært private sentre. De 25 norske kliniske sentrene rapporterte inn ialt 15.423 koloskopier. Det ble rapportert inn 1076 ERCP-undersøkelser fra 11 sentre – alle i Norge.
2. Et samarbeid med DIPS ble innledet i 2013 for integrering av Gastronet i neste generasjon strukturert EPJ (DIPS Arena). En integrert prototyp for ERCP- og koloskopiregistreringer er snart klar til utprøving i egnet sykehus. Utprøvingen forutsetter at DIPS Arena allerede er innarbeidet ved sykehuset. Denne prosessen har tatt lengre tid enn beregnet. Sekretariatets arbeid med papirbaserte skopi- og pasientrapporter er svært ressurskrevende og konvertering til elektronisk løsning er fortsatt prioritert nummer én i Gastronet.
3. Gastronet statutter ble endret høsten 2013 for å kunne imøtekomme krav om offentliggjøring av resultater fra Gastronet som til da hadde vært et internt register blant skopører for å bedre egen utøvelse av skopi. 2014 er det første driftsåret med offentliggjøring av resultater fra Gastronet. En halvårsrapport for januar-juni 2014 ble offentliggjort høsten 2014. Nå er denne oppdatert med offentliggjøring av resultater for hele 2014 (<http://www.kreftregisteret.no/gastronet>).
4. Forskning: I 2014 har vi hatt én PhD-kandidat i Gastronet. Akkumulert siden Gastronet startet er det blitt 29 originalpublikasjoner (hvorav 13 i nivå 2 tidsskrifter) og 2 avlagte PhD-arbeider. Gastronet materiale utgjør deler av ytterligere 4 PhD-arbeider.

Summary in English

1. In 2014, 18.546 colonoscopies from 33 endoscopy centres were reported to Gastronet – 25 from Norwegian and 3 from Swedish clinical centres and from five screening centres (Moss and Bærum and the NordICC screening project sites in Kristiansand, Arendal and Västerås). Two of the Norwegian clinical centres are private centres. The 25 Norwegian clinical centres reported altogether 15.423 colonoscopies. 1076 ERCPs were reported from 11 centres – all in Norway.
2. A joint initiative with DIPS was launched in 2013 to integrate Gastronet in the next generation of a structured electronic medical record (EMR – DIPS Arena). A prototype solution is soon ready to be piloted in a suitable hospital. Piloting requires a hospital having reached a certain level of implementation of DIPS Arena modules. This process has taken longer than expected. Handling paper-based forms is resource demanding and conversion to an integrated EMR solution remains a number one priority for Gastronet.
3. Gastronet statutes were adjusted in the autumn of 2013 to allow public access to results from Gastronet. Until then it had been a register restricted to endoscopists as a tool for self-improvement of endoscopy performance. 2014 is the first year with release of results to the public. A half-year report for January-June 2014 was released in the autumn of 2014. This is now updated to cover the whole of 2014 (<http://www.kreftregisteret.no/gastronet>).
4. Research: In 2014, we have had one PhD candidate in Gastronet. Accumulated since Gastronet started in 2003, we have had 29 original scientific papers published (13 in level 2 journals) and two completed PhDs. Gastronet material has been partly used in another 4 PhDs.

2. Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Gastronet ble opprettet av gastroenterologer i 2003 som et verktøy for utvikling av kvalitet i det gastroenterologiske skopitilbudet. Konseptet er en videreutvikling av kvalitetssikringsprogrammet i Norwegian Colorectal Cancer Prevention- (NORCCAP-) prosjektet – et screeningprosjekt for kolorektal cancer i Oslo og Telemark 1999-2001 forankret ved Krefregisteret, Oslo (<http://www.krefregisteret.no/NORCCAP>). Gastronet er Norsk Gastroenterologisk Forenings offisielle kvalitetssikringsplattform. Det drives med konsesjon fra Datatilsynet og Helsedirektoratets dispensasjon fra taushetsplikten og med Sykehuset Telemark HF som databehandlingsansvarlig vertssykehus for sekretariatet. Programmet er blitt oversatt til bruk i andre land (Polen, Nederland, Sverige, Latvia, Island). Hovedfokus har vært på koloskopier (det utføres ca. 70.000 per år i Norge) og de senere årene også ERCP (ca. 4000 per år). Gastronet fikk status som nasjonalt kvalitetsregister i oktober 2012. Fra 2007 har driften vært finansiert hovedsakelig av Helse Sør-Øst RHF. Tidligere var det basert på et lappeteppe av kortsiktige finansieringsløsninger og gratis entusiasme. Forskningsaktiviteten har vært finansiert med egne tildelte forskningsmidler etter søknad til forskjellige kilder.

Innregistreringen er papirbasert med et skopiskjema og et pasientsvarskjema som scannes til elektronisk lagring og databehandling. På sekretariatsiden er dette svært ressurskrevende. Det arbeides med utvikling av elektronisk innregistrering integrert i EPJ (dvs. unngå dobbeltregistreringer).

2.1.2 Registerets formål

Kvalitetsutviklingsnettverket Gastronet har som formål å utvikle kvaliteten på det gastroenterologiske endoskopitilbudet og bidra med forskning for å fremme dette tilbudet. Målgruppen er personer (pasienter) som undersøkes med gastrointestinal endoskopi ved offentlige sykehus, private skopisentre eller screeningsentre. Data registreres per skopisenter, dvs. at f.eks. Sykehuset Telemark er representert ved skopisenter Skien, Notodden og Kragerø. Målsettingen er at hvert skopisenter og hver skopør skal kunne holde oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede) og bruke denne informasjonen til eget forbedringsarbeid. På grunn av kapasitetsbegrensninger har registreringene vært begrenset til koloskopi (høyt antall og stor variasjon i kvalitet med stort forbedringspotensiale) og ERCP (lavt antall, men høy risiko for alvorlige komplikasjoner). Gastroskopier har bare vært registrert i kortvarige prosjekter (ikke i 2014). Gastronet er:

- Et verktøy til lokal kvalitetsutvikling (ERCP og koloskopi) – hjelp til selvhjelp
- En plattform for forskning
- En plattform for evaluering av undervisning

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Helsedirektoratet har gitt dispensasjon fra taushetsplikten for Gastronet og registeret drives med konsesjon fra Datatilsynet til lagring av data på ubestemt tid.

Konsesjonen er under revisjon og det vil bli søkt om egen forskrift.

Forskningsprosjekter som benytter Gastronet har egne konsesjoner/godkjenninger.

2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Sykehuset Telemark har databehandleransvaret. Faglig leder er ass.forskningssjef ved Sykehuset Telemark, professor dr.med. Geir Hoff

2.3.1 Aktivitet i styringsgruppe/referansegruppe

Styringsgruppen har hatt tre møter i 2014, hvorav ett sammen med representanter for deltagende skopisentre i Gastronets årsmøte.

Viktige saker:

1. Underbudsjettet i forhold til drift med papirbaserte løsninger.

Papirbasert innrapportering er meget rasjonelt ved skopisentrene, men svært ressurskrevende ved sekretariatet. Driftsmidler fra budsjett for de nasjonale kvalitetsregistrene dekker ikke de reelle driftsutgiftene. Ledelse, mye av kvalitetssikringen og bearbeiding av data i Gastronet er derfor fortsatt basert på frivillighet blant entusiaster og støtte fra vertsinstitusjonen Sykehuset Telemark. Løsningen ligger i konvertering til elektroniske løsninger (se nedenfor).

2. Alt for langsom progresjon i utvikling av integrerte IKT-løsninger. Dette er styrets prioritet nummer én. Fordi papirbasert innrapportering er svært ressurskrevende, haster det med konvertering til elektronisk løsning. Egne IKT-løsninger for kvalitetsregistre som medfører dobbeltregistrering, er intet godt alternativ. Det har vi forsøkt for ERCP tidligere og det fungerte ikke ved travle skopisentre. Innregistreringen må være integrert i sentrenes EPJ (dvs. ingen dobbeltregistrering) med automatisk uttrekk til lokale kvalitetssikringsformål (tabeller til lokalt bruk) og overføring av relevante data til nasjonale kvalitetsregistre som f.eks. Gastronet. Strukturert EPJ med «real-time» tabelloversikter ved det lokale sykehus forelå for koloskopi i Infomedicas løsninger i 1994 (IMX Gastro – utviklet med leder av Gastronet, Geir Hoff, som konsulent før Gastronet ble opprettet), men finnes ikke i EPJ-er som nå er i bruk i Norge. Vinteren 2013 inngikk Gastronet samarbeid med

DIPS for utvikling av en integrert løsning i neste generasjon strukturert DIPS-journal (DIPS Arena). Kostnadene til dette har vært dekket av DIPS. Det foreligger en prototyp til utprøving ved egnet sykehus, men utprøving forutsetter sykehus med etablert bruk av DIPS-Arena-løsninger. Denne prosessen har tatt lengre tid enn forventet. Gastronet har etterlyst et engasjement fra Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre for å få til integrerte løsninger – ikke at dette skal overlates til enkelte kvalitetsregistre som ser behovet (f.eks. Gastronet) og IKT-leverandør (DIPS). Pga ressursituasjonen ved sekretariatet vil det ikke være mulig å utvide Gastronet til mange flere sykehus før en elektronisk registrering er på plass. I dag dekker Gastronet ikke mer enn 30% av koloskopier som utføres i Norge. Uten frivillig innsats på nåværende driftsnivå er årsbudsjettet for Gastronet kr. 3,1 mill. mens driftstilskuddet bare er kr. 1 385 000,-.

3. Sprikende fortolkning av lov- og regelverk for kvalitetsregistre.

Helsedirektoratet innvilget Gastronet dispensasjon fra taushetsplikten i 2013. Pasientene har reservasjonsrett, men i utgangspunktet oversendes resultater fra skopiunderøkelsen med personidentifikasjon fra det enkelte skopisenter til Gastronet sekretariat uten samtykke. Det er søkt om endring av Datatilsynets konsesjon for bedre å harmonere med Helsedirektoratets dispensasjon. Denne prosessen ble ikke så enkel som forventet. Den har krevd betydelig innsats fra Gastronet og NSD og var enda ikke sluttført ved utløpet av 2014. Prosessen avdekket at helt sentrale aktører (Helsedirektorat og Datatilsynet) ikke er samkjørte i fortolkning av lov- og regelverk og at fortolkningen i praksis ikke legger til rette for at kvalitetsregistrene skal kunne fungere i henhold til målsetting for nasjonale kvalitetsregistre. Også i dette har Gastronets ledelse i 2014 etterlyst et større engasjement fra departement, direktorat og andre sentrale aktører, bl.a. ved kronikker og debattinnlegg.

4. Offentliggjøring av data på institusjonsnivå for første gang i 2014.

Gastronet ble opprettet på initiativ av skopører i Norge som et internt arbeidsverktøy for hjelp til selvhjelp for å bli bedre skopører og yte bedre tjenester. I statuttene var anonymitet for skopørene garantert og sykehusenes resultater ble diskutert åpent i årsmøtet med representanter for alle skopisentrene, men ikke offentliggjort. Med status som nasjonalt kvalitetsregister måtte dette endres. De reviderte statuttene har åpnet opp for at identiteten for skopisentre kunne offentliggjøres for første gang høsten 2014 i en halvårsrapport for januar - juni 2014.

5. Helse Sør-Østs Endoskopiskole ble opprettet i 2014. Gastronet spiller en viktig rolle i å evaluere om strukturert opplæring via skolen vil ha ønsket effekt på endoskopikvaliteten.

3. Resultater

I 2014 ble det rapportert inn 18.546 koloskopier fra 33 sentre – hvorav 25 norske og 3 svenske kliniske sentre og fem screeningsentre ((Moss og Bærum og NordICC screeningprosjektsentrene i Kristiansand, Arendal og Västerås). Det ble rapportert inn 1076 ERCP-undersøkelser fra 11 sentre – alle i Norge.

ERCP kvalitetsutvikling:

Som tidligere år, er hovedindikasjonen for ERCP terapi i galleganger (87%).

Indikasjonsstilling var ikke angitt i 7,4% av innrapporterte undersøkelser (12,9% i 2013). Målsettingen med undersøkelsen ble nådd i 78,3% (82,3% i 2013), ikke nådd i 12,4% (8,7% i 2013) og ikke angitt i 14,6% (9,0% i 2013).

Komplikasjoner (% av undersøkelsene):

	Pankreatitt	Kolangitt	Blødning	Perf.	Fastkiling	Kardio.	Respir.	Stentokkl.	Stentperf.	Annet	Ikke angitt	Ingen komplik.
Under u.s.			1,4	0,6			0,2				2,7	95,2
Etter u.s.	3,8	2,5	1,6			1,0	0,3	0,5		1,0	5,8	83,6

Resultatene for ERCP er ganske likt resultatene som er publisert fra andre land. Dekningsgraden for ERCP er dårlig – også for mange av sykehusene som registrerer i Gastronet. Det er spesielt uheldig for en undersøkelse og et behandlingstilbud hvor til dels alvorlige komplikasjoner er et kjent problem. ERCP-registeret må betraktes som et register under oppbygning. Dekningsgraden er for dårlig og sannsynligheten for seleksjons-bias for stor til at data er egnet for sammenlignende analyser og offentliggjøring.

Koloskopi kvalitetsutvikling:

Grunnlaget for analyser for 2014 er begrenset til norske kliniske sentre som har rapportert inn minst 100 koloskopier i løpet av 2014. Dette utgjør 15.358 koloskopier fra 24 sentre.

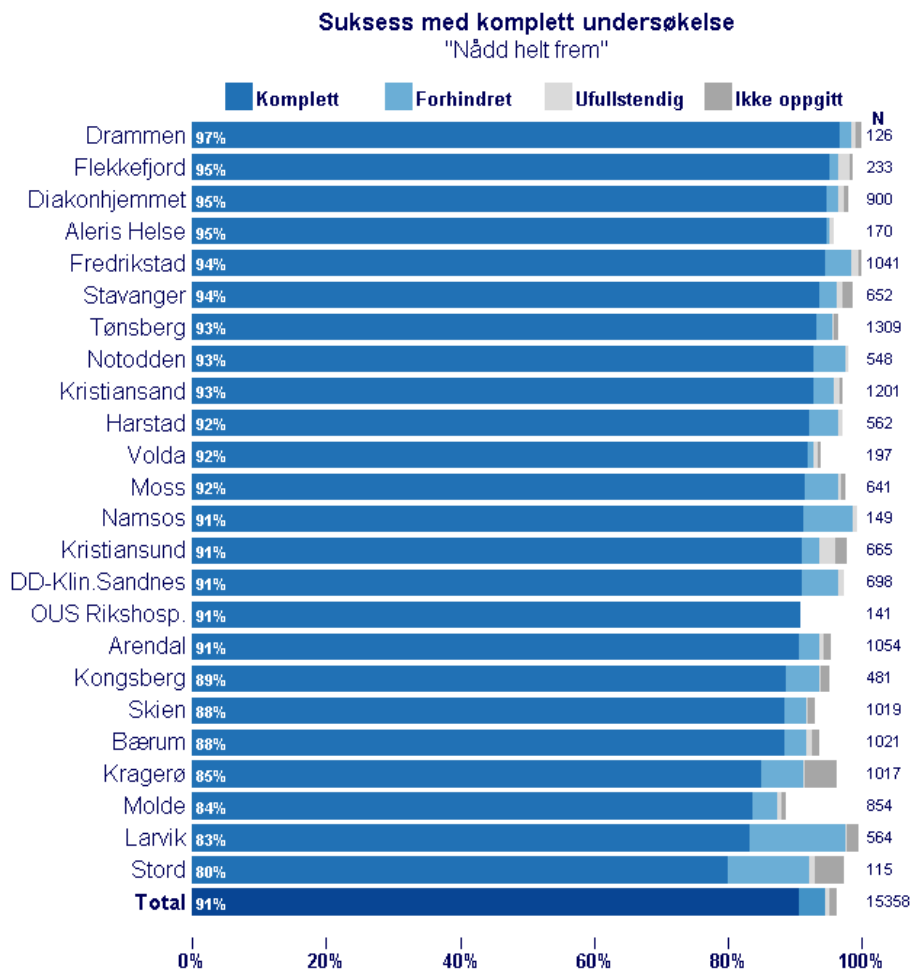


Fig 1. Dette viser en suksess-rate på over 90% ved de fleste skopisentrene – helt i tråd med internasjonal standard. «Komplett» betyr at skopøren har kommet helt fram til toppen av tykktarmen med koloskopet. «Forhindret» betyr at skopøren ble forhindret å nå helt fram grunnet en forsnevring. Ved logistisk regresjonsanalyse med justering for indikasjonsstilling, patientsammensetningen (alder og kjønn, tidligere operasjoner) og type koloskopi (terapeutisk/diagnostisk) og utelatelse av skopier med status 'ikke oppgitt' og 'ikke planlagt full u.s.', så forsvant den tilsynelatende forskjellen mellom sentrene unntatt for Larvik, Kragerø, Namsos, Stord og DD-klinikken. Av disse var det bare Larvik og Stord som hadde under 90% suksess-rate etter at koloskopier med status 'ikke angitt' og 'ikke planlagt full u.s.' var utelatt.

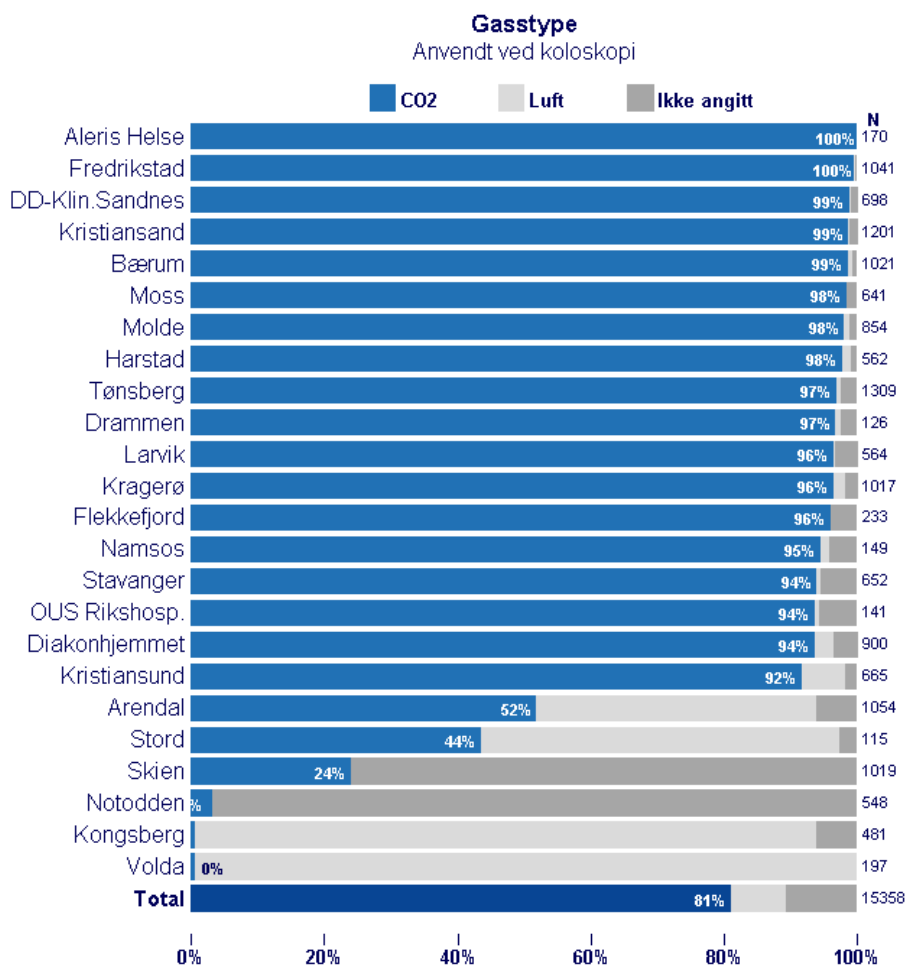


Fig 2. Med få unntak er bruk av CO₂ (kullsyregass) i stedet for luft blitt standard prosedyre ved koloskopi. I Skien og Notodden er dette også standard og betraktet som en selvfølge (selv om det er registrert som 'ikke angitt' i denne figuren). Samlet er det derfor rimelig å anta at mer enn 90% av registrerte koloskopier er utført med bruk av CO₂. Denne endringen har vært et mål over mange år og helt i tråd med europeiske anbefalinger.

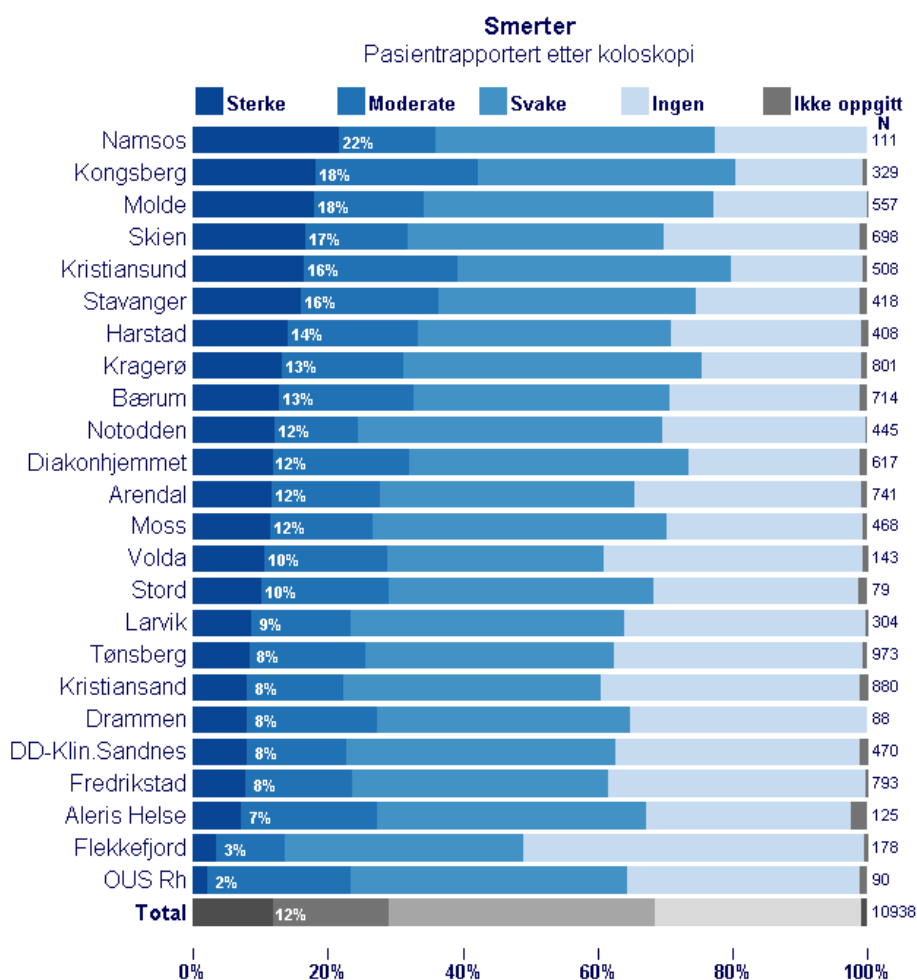


Fig 3. Dette viser pasientenes opplevelse av smerter ved koloskopi - angitt i pasientsvarskjemaet som er fylt ut hjemme dagen etter undersøkelsen. Det er variasjon mellom skopisentrene - forskjeller som ikke henger sammen med hvor hyppig smertestillende/beroligende midler brukes ved undersøkelsen. Dette kan skyldes at det er vanskelig å forutsi hvem som trenger noe medisin ved undersøkelsen (som vist av Ø Holme og medarbeidere i en artikkel i Endoscopy i 2013) og/eller suboptimal teknisk utførelse av skopien.

4. Metoder for fangst av data

Innrapportering er på papirskjema. For koloskopi dekkes hver undersøkelse av to skjema – et skopiskjema som fylles ut av skopør/sykepleier i tilslutning til undersøkelsen og et pasientsvarskjema som pasienten fyller ut hjemme dagen etter undersøkelsen (ferdig frankert svarkonvolutt til Gastronet sekretariat). I 2013 ble det besluttet å sløyfe pasientsvarskjema ved ERCP, men det ble beholdt for koloskopi, fordi svarprosenten var under 50% for ERCP-pasientene og de fleste var medisinert i en slik grad at hukommelsen rundt undersøkelsen var begrenset. For ERCP blir skopiskjemaet beholdt ved sykehuset i 30 dager for å sjekke ut mulige komplikasjoner mot sykehusets EPJ. Hvert skjema er begrenset til én A4-side med normale fonter for scanning. Skopiskjema med 11-sifret pasient-i.d. fylles ut av

skopør og/eller sykepleier og sendes til Gastronet sekretariat. Med unntak av OUS Rikshospitalet registrerer alle skopisentre kun polikliniske koloskopier, men alle ERCP-undersøkelser (polikliniske og inneliggende).

Hvert skopisenter får tilsendt bunker med scanbare skjema – hvert skjemapar påført et unikt skjemaparnummer for hver undersøkelse.

Ved mottak av utfylte skjema ved Gastronet sekretariat blir skjema sortert parvis (skopi og pasientsvarskjema) og scannet. Pasientsvarskjema med opplysninger om ting som det bør reageres på ved det enkelte senter, blir umiddelbart kopiert og sendt til ansvarlig skopør.

5. Metodisk kvalitet

5.1 Antall registreringer

Det ble rapportert inn 15.423 koloskopier (14.725+698 fra DD-Klinikk Sandnes – se fotnote til tabell under 5.3) og 1076 ERCP'er. Antall per senter og regionale helseforetak framkommer i tabell under 5.3.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Antall utførte skopier som er registrert i NPR for driftsåret 2014 er sammenlignet med antall skopier per sykehus/skopisenter som er rapportert inn til Gastronet. Dekningsgraden har i flere år ligget på ca 30% av antall skopier utført i Norge både for ERCP og koloskopi. Mange sykehus sitter på gjerdet og venter på en elektronisk innrapporteringsløsning som er integrert mot sykehusenes EPJ. Utviklingen av dette har pågått i et par år og er fortsatt prioritert nr. én for Gastronet. Forventet utprøving av IKT-løsning tidlig i 2016.

5.3 Dekningsgrad på institusjonsnivå

Av 51 sykehussentre som utfører koloskopi rapporterte 21 (41%) til Gastronet i 2014. I samarbeidet med NPR for uttrekk av data ble det funnet varierende grader av feilregistreringer ved enkelte sykehus for ERCP-registreringene som i motsetning til koloskopi vesentlig omfatter prosedyrer utført på inneliggende pasienter.

	*Kolokopi 2014			**ERCP 2014		
	#Reg. i NPR	Reg.i Gastronomet	Dekn. grad(%)	Reg. i NPR	Reg.i Gastronomet	Dekn. grad(%)
Behandlingssted						
×Sykehuset Innlandet - Elverum/Hamar	1 139	65	5,7	119	0	0
Sykehuset Innlandet - Kongsvinger	1 045	0	0,0	0	0	0
Sykehuset Innlandet - Tynset	142	0	0,0	0	0	0
Sykehuset Innlandet - Gjøvik	721	0	0,0	111	0	0
Sykehuset Innlandet - Lillehammer	979	0	0,0	68	0	0
Sykehuset Innlandet - Granheim	0	0	0,0	0	0	0
Sykehuset Innlandet - Ottestad	0	0	0,0	0	0	0
VVHF Drammen	1 150	126	11,0	147	0	0
VVHF Bærum	1 863	1 021	54,8	45	36	80,0
VVHF Kongsberg	480	481	100,2	1	0	0
VVHF Ringerike	674	0	0,0	12	0	0
STHF Skien/Porsgrunn	1 319	1 019	77,3	133	128	97,0
STHF Kragerø	1 110	1 017	91,6	0	0	0
STHF Notodden	746	548	73,5	2	0	0
STHF Rjukan	105	0	0,0	0	0	0
Sykehuset Østfold	2 565	1 682	65,6	228	219	96,1
Akershus	2 589	0	0,0	245	0	0
§OUS (kan ikke splittes)	3 004	141	4,7	1045	58	5,6
SSHF Kristiansand+Arendal	2 451	2 255	92,0	185	182	98,4
SSHF Flekkefjord	339	233	68,7	3	0	0
Sykehuset i Vestfold (kan ikke splittes)	3 182	1 873	58,9	166	36	21,7
Lovisenberg	699	0	0,0	0	0	0
Diakonhjemmet	1 135	900	79,3	48	52	108,3
Sum Helse Sør-Øst	27 437	11 361	41,4	2558	711	27,8
Haukeland	1 431	0	0,0	270	0	0
Voss	649	0	0,0	7	0	0
Haugesund	913	0	0,0	121	82	67,8
Odda	96	0	0,0	1	0	0
Stord	436	115	26,4	1	0	0
Førde	778	0	0,0	47	0	0
Nordfjord	403	0	0,0	0	0	0
Lærdal	239	0	0,0	0	0	0
Florø	1	0	0,0	0	0	0
Stavanger	2 332	652	28,0	274	264	96,3
Haraldsplass	756	0	0,0	38	0	0
Sum Helse Vest	8 034	767	9,5	759	346	45,6
St Olavs hospital - Trondheim	3 840	0	0,0	321	0	0
St Olavs hospital - Orkdal	199	0	0,0	17	0	0

Ålesund	1 117	0	0,0	38	0	0
Molde	884	854	96,6	30	0	0
Kristiansund	643	665	103,4	33	0	0
Volda sjukehus	698	197	28,2	22	19	86,4
Sykehuset Levanger	1 293	0	0,0	85	0	0
Sykehuset Namsos	375	149	39,7	0	0	0
Sum Helse Midt	9 049	1 865	20,6	546	19	3,5
UNN Tromsø	1 027	0	0,0	136	0	0
UNN Narvik	364	0	0,0	0	0	0
UNN Harstad	585	562	96,1	46	0	0
Nordlandssh - Bodø	881	0	0,0	104	0	0
Nordlandssh - Vesterålen	424	0	0,0	0	0	0
Nordlandssh - Lofoten	304	0	0,0	0	0	0
Helgelandssh - Sandnessjøen	329	0	0,0	12	0	0
Helgelandssh - Mosjøen	373	0	0,0	0	0	0
Helgelandssh - Rana	619	0	0,0	0	0	0
Helse Finnmark - Hammerfest	407	0	0,0	15	0	0
Helse Finnmark - Kirkenes	325	0	0,0	2	0	0
Sum Helse Nord	5 638	562	10,0	315	0	0
Aleris Helse Oslo	1 540	170	11,0	0	0	0
Ringvollklinikken	36	0	0,0	0	0	0
Kolibri Medical AS	0	0	0,0	0	0	0
§§Sum private sykehus	1 576	170	10,8	0	0	0
Total	51 734	14 725	28,5	4178	1076	25,8

* Koloskopier på inneliggende pasienter er ikke tatt inn i beregningene - unntatt for OUS Rh hvor de fleste

koloskopier er på inneliggende. Noe feilregistrering er sannsynlig, f.eks. registrering i Gastronet av koloskopi på inneliggende (da blir dekningsgraden feilaktig høy).

** Alle ERCP inkludert - uavhengig av om det er utført poliklinisk eller på inneliggende pasienter For ERCP er det åpenbart mye feil i registreringen til NPR av inneliggende pasienter fra flere sykehus.

Derfor er kun dekningsgrad per RHF presentert for ERCP, og med forbehold om feil som søkes rettet.

Norsk Pasientregister

× Kun Elverum registrert i Gastronet

§ Kun OUS Rh (Rikshospitalet) registrert i Gastronet

§§ DD-klinikken Sandnes: Ingen data fra NPR, 698 koloskopier registrert i Gastronet

5.4 Dekningsgrad på individnivå

Gastronet dekker ca. 1/3 av alle ERCP-og koloskopier som utføres i Norge med liten

endring over flere år. Det skyldes både at mange sykehus sitter på gjerdet og venter på innrapporterings-løsninger som er integrert i deres EPJ, men også varierende interesse på individnivå blant skopører i sykehus som har erklært at de er med i Gastronet. To viktige grunner til dårlig dekningsgrad:

1. Selv om kvalitetsarbeid er lovpålagt, er det åpenbart at sykehusledere kvier seg for å pålegge hardt pressede enheter et ekstra registreringsarbeid (dobbelregistrering – registreringer i tillegg til EPJ-registrering) – særlig når unnlattelse ikke får noen følger.
2. Det er begrenset motivasjon for deltakelse som gir merarbeid når sentrale aktører i kvalitetsregisterarbeidet ikke har lagt bedre til rette for utvikling av integrerte løsninger i EPJ

5.5 Metoder for intern sikring av datakvalitet

Ved skopisentrene kan det i farten skje at de nummererte skjemaparene (henholdsvis pasientsvar- og skopi-skjema) ikke alltid følger samme undersøkelse og pasient. Påført klistrelapp med 11-sifret pasient- i.d. benyttes som kvalitetssikring av dette ved mottak av skjema i Gastronet sekretariat.

Etter scanning følger sekretariatet en prosedyre for å fange opp ekstremverdier og ulogiske verdier. Dispensasjonen fra taushetsplikten har en klausul som ikke gir tillatelse til tilbakekobling mellom registeret og skopisentre for kvalitetssikring av data. Dermed blir også mulighetene for kvalitetssikring av data begrenset.

5.6 Metode for validering av data i registeret

Pasientsvarskjema gjaldt som samtykkeskjema i Gastronet fram til 2013. Manglende samtykke (dvs ikke mottatt pasientsvarskjema ved sekretariatet) krevde anonymisering av skopidata innen 30 dager. Med statistiske metoder kunne vi dermed påvise og kvantifisere seleksjons-bias for innmeldte skopier med og uten samtykke. Etter at vi har fått dispensasjon fra taushetsplikten, bør det bli mulig å koble mot NPR på personnivå for overvåking av seleksjonsmekanismer ikke bare for innmeldte skopier, men også for dem som ikke meldes inn til Gastronet. Rutiner for dette skulle ha vært utarbeidet i samråd med NPR i løpet av 2014, men må vente p.g.a. at harmoniseringen av konsesjon fra Datatilsynet i forhold til dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsediretoratet fortsatt ikke er landet (etter 18 mndr. saksbehandling!).

5.7 Vurdering av datakvalitet

En studie i Gastronet viste at manglende pasientsvarskjema (=manglende samtykke fram til 2013) oftere var assosiert med ufullstendige undersøkelser og bruk av smertestillende/beroligende midler, dvs. de vanskeligste undersøkelsene med størst fare for komplikasjoner (ref.: B Seip et al. Sustaining the vitality of colonoscopy quality improvement programmes over time. Scand J Gastroenterol 2010;45:362-9). Denne dokumenterte «seleksjons-bias» ved samtykkebasert registrering med

underrapportering av de vanskeligste undersøkelsene var en hovedårsak til at Helsedirektoratet innvilget dispensasjon fra taushetsplikten i 2013.

Det er ikke usannsynlig at de samme mekanismene slår inn ved dårlig dekningsgrad – ved skopisentre med lav dekningsgrad kan de vanskeligste undersøkelsene glippe fra registrering. Dette kan gi store og uriktige utslag ved sammenligning mellom skopisentre på sjeldne hendelser (f.eks. komplikasjoner). Dette vil ikke bli løst uten integrert, automatisk innrapportering i skopisentrenes EPJ.

NPR-data viser fylkesvise forskjeller i andelen tarmkreftpasienter som har hatt en koloskopi 6-36 mndr forut for diagnosen (uten at diagnosen er stilt ved koloskopien) – dvs. krefttilfeller som sannsynligvis er oversett. Dette kan være en svært viktig kvalitetsparameter for koloskopi, men det vil kreve hyppige koblinger mellom flere registre (koblinger mellom Gastronet, NPR og Kreftregisteret og sjekking mot EPJ) før dette kan brukes i kvalitetssikring og offentliggjøres. Egnert konsesjon har foreløpig ikke vært mulig å oppnå.

6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

Datakvaliteten er forbedret grunnet gjennomslag for søknad om dispensasjon fra taushetsplikten

1. Oppstartet arbeid med integrering av Gastronet i DIPS EPJ vil forbedre datakvaliteten ytterligere
2. Gastronet data brukes for lite til kvalitetsforbedringsformål ved de enkelte skopisentrene, men ressursmangelen ved sekretariatet har gitt lite rom for oppsøkende virksomhet i lokalmiljøene. Dette har i noen grad vært gjort i regi av endoskopiskolen.
3. Over flere år er andelen smertefulle koloskopier redusert og andelen skopier (ERCP og koloskopi) utført med insufflering av CO₂ i stedet for luft har økt veldig. Dette har vært en ønsket utvikling over flere år og ikke begrenset til driftsåret 2014.

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Registeret omfatter personer fra 18 års alder som møter til ERCP- eller koloskopiundersøkelse. For koloskopi er registreringene ytterligere begrenset til polikliniske undersøkelser med unntak av OUS Rikshospitalet som også registrerer inneliggende pasienter. Pasienter som reserverer seg, vil ikke bli registrert.

6.2 Registerets spesifikke kvalitetsmål

Justering av endepunkter (fokus) for registreringene i Gastronet modifiseres i

årsmøtet hvert år. Noen kjerneendepunkter har vi holdt fast ved i alle år som egnet til nasjonale kvalitetsindikatorer - forutsatt valide data (komplett registrering uten seleksjonsbias):

ERCP:

- Teknisk suksess (dyp kanylering av ønsket kanalsystem – galle og/eller pankreas)
- Komplikasjoner
- Klinisk suksess (kurativ eller palliasjon)

Koloskopi:

- Caecum intubasjonsrate
- Smerter ved undersøkelsen

I tillegg vil 'intervallcancer' (oversett cancer) være et særdeles sterkt kvalitetsmål for koloskopivirkosomhet, dvs. cancer-pasienter som har hatt en 'normal' koloskopi 6-36 måneder før diagnosedato. Dette betinger rasjonelle rutiner for kobling av registre – noe som er avklart i Gastronets dispensasjon fra taushetsplikten, men som ikke er avklart i forhold til den fortsatt pågående prosessen om en endring av konsesjonen fra Datatilsynet.

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Vi bruker et enkelt, egenutviklet spørreskjema som inneholder spørsmål om tilfredshet med behandlingstilbudet, med informasjonen om undersøkelsen, smerter og ubehag under og etter undersøkelsen og eventuelle ufrivillig lekkasjeproblemer etter undersøkelsen (kun for polikliniske koloskopier). Spørreskjemaet har variert noe over år etter som hva vi ønsker å belyse mest i en gitt periode.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Alder, kjønn, tidligere operasjoner og indikasjonsstilling for undersøkelsen registreres bl.a. for å kunne justere for forskjeller i pasientsammensetning ved de forskjellige skopisentrene. Dette har avdekket at kvinner er spesielt utsatt for å oppleve smertefull koloskopi. Algoritmer er utviklet for bedre å predikere hvem som er disponert for smertefulle skopier.

Gastronet registrerer ingen andre variabler som kan beskrive evt. sosiale ulikheter (f.eks. sivilstatus, utdanning, inntekt, etnisitet).

6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

Det viktigste bidraget fra Gastronet har vært å holde fast på behovet for integrering av kvalitetsregistre i de kliniske EPJ-ene. Forskning i regi av Gastronet har vært

avgjørende for at insufflering med CO₂ istedet for luft er tatt med i de europeiske retningslinjene for kolorektalcancer screening og diagnostikk.

6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer

Gastronets tema er kvalitetsutvikling av en undersøkelses-/utredningsmetode (skopi) ved mistanke/påvisning av en rekke forskjellige kliniske tilstander som hver har sine retningslinjer for behandling. Bruk av CO₂ insufflering er utforsket vitenskapelig i regi av Gastronet og innført i norske og europeiske retningslinjer. CO₂ insufflering benyttes nå ved ca. 90% av koloskopier i Norge i henhold til data i Gastronet (bare 20% for få år siden). For bruk av CO₂ insufflering får deltakerne i Gastronet tilbakemelding på i hvilken grad de følger gjeldende retningslinjer.

Når det gjelder kontroll etter påvisning/fjerning av svulster/polypper ved koloskopi, er det utviklet en EPJ 'gastrojournal' (ColoReg) hvor retningslinjene er integrert. Hvis disse ikke blir fulgt, fanger programvaren opp det og skopøren må redegjøre for grunn til avvik før han/hun kan komme videre (Ref.: Hoff G, et al. Quality assurance as an integrated part of electronic medical record – a prototype applied for colonoscopy. Scand J Gastroenterol 2009;4:1259-65). Denne EPJ-en brukes bare av screeningsentrene i Gastronet, ikke ved de kliniske sentrene.

6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder

Ved koloskopi er det for mange som opplever at undersøkelsen er smertefull. Vi prøver nå å forbedre tilbudet med bruk av bedre egnede smertestillende medikamenter enn standard hittil og forbedre den tekniske utførelsen ved mer supervisjon lokalt i tillegg til opprettelse av Helse Sør-Østs endoskopiskole.

6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret

1. CO₂ insufflering ved koloskopi. Dette er i stor grad et produkt av Gastronets arbeid – også internasjonalt.
2. Gastronet har bidratt til sterkere fokus på smertefrie undersøkelser. Over tid er det oppnådd noe reduksjon i andel smertefulle koloskopier, men relativt beskjedent og det har tatt uforholdsmessig mye tid (ref. artikkel fra Gastronet: Moritz V, et al. Time trends in quality indicators of colonoscopy. United European Gastroenterology Journal 2015;doi:10.1177/2050640615570147).
3. Vi bidrar med skriftlig og muntlig veiledning ved oppstart. I noen tilfeller har vi tilbudt møte ved oppstart, men lokalt ansvarlige har sjelden funnet det nødvendig. Konseptet er veldig enkelt. Skjemaene er utformet for å gjøre det hele minst mulig belastende og mest mulig akseptabelt også for ikke-entusiastene blant skopører og sykepleiere.
4. Med utgangspunkt i egne data har Gastronet bidratt til å sensibilisere endoskopører i forhold til komplikasjonsrisiko ved ERCP og betydningen av å sette inn risikoforebyggende tiltak som pankreatitt profylakse med NSAID rektalt,

optimalisering av sedasjon og ikke minst forbedre utvelgelsen av pasienter til prosedyren. Flere foredrag og diskusjoner på nasjonale og regionale møter og publikasjoner i fagmiljøenes tidsskrifter har vært del av dette kvalitetsarbeidet.

6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)

Bruk av CO₂ insufflering ved koloskopi har økt fra 20 til 90% i løpet av få år – i stor grad som følge av dokumentasjon framskaffet gjennom forskning i Gastronet. Dette har et sikkerhetsmessig aspekt ved at en liten risiko for eksplosjon ved bruk av diatermi blir eliminert. I tillegg reduseres smerter etter skopi (90% smertefrie én time etter skopi med CO₂ mot 55% ved bruk av luft) og problemer med ufrivillig lekkasje i timene etter koloskopi reduseres tilsvarende fra 5,5% til 2,1% ved bruk av CO₂.

Algoritmer er utviklet for bedre å fange opp hvilke pasienter som er mer disponert enn andre for å oppleve smerter ved koloskopi.

6.10 Pasientsikkerhet

For ERCP beholdes skopiskjemaene ved sentrene i 30 dager etter undersøkelsen for å fange opp 30-dagers komplikasjoner registrert i sykehusets EPJ før skjemaet sendes til Gastronet sekretariat. For koloskopier er antall undersøkelser for stort til at dette er ansett akseptabelt og registreringen begrenses derfor til komplikasjoner som skjer mens pasienten er til undersøkelse og evt innrapporteringer etter 24 timer i pasientsvarskjemaet. Følgende rapporteres:

ERCP:

- Peroperative komplikasjoner (i løpet av undersøkelsen): Blødning, perforasjon, fastkiling, kardiovaskulære komplikasjoner, respiratoriske komplikasjoner
- Postoperative komplikasjoner (etter undersøkelsen og innen 30 dager): Pankreatitt, kolangitt, blødning, kardiovaskulære komplikasjoner, respiratoriske komplikasjoner, stentokklusjon, stentperforasjon
- Alvorlighetsgrad av komplikasjon: Ingen konsekvens, direkte (peroperativ) endoskopisk intervensjon, (forlenget) innleggelse, kirurgisk behandling, ERCP-relatert død, død 30 dager post-ERCP (uansett vurdert ERCP-relatert eller ikke)
- Grad av konsekvens for pasienten: Ingen mén, varig mén, død

Koloskopi:

- Registrerte komplikasjoner (i løpet av pasientens opphold ved skopisenteret): Komplikasjon registrert som «ja/nei» - i tilfelle «ja» beskrives dette i fritekst
- Pasientsvar skjema (fylles ut etter 24 timer): Smerter eller annet ubehag etter undersøkelsen (gradering og beskrivelse i fritekst), ufrivillig «lekkasje» på

vei hjem etter undersøkelsen

7. Formidling av resultater

Resultater gjøres opp for hvert kalenderår og diskuteres i årsmøte i mai/juni hvert år. Resultatene på sykehus- og skopørnivå sendes til den enkelte skopør med oppfordring til å diskutere resultatene internt ved skopisenteret og bruke dem aktivt i kvalitetsforbedringsarbeid. For data registrert fra og med januar 2014 er resultater på institusjonsnivå gjort offentlig tilgjengelig på Gastronets nettsider (<http://www.kreftregisteret.no/gastronet>).

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Data fra det foregående året bearbejdes og ferdigstilles i mars/april hvert år. Resultater på institusjonsnivå presenteres i PP-format med kommentarer og sendes til alle bidragende skopører og sykepleiere i Gastronet. Excel-tabeller med resultater på skopørnivå sendes også ut til de samme deltakerne. Skopørtabellene inneholder et skopørkodenummer for hver skopør. Kun den enkelte skopør kjenner sitt kodenummer. Da kan han/hun sammenligne sine resultater med alle andre aidentifiserte skopører. Resultatene diskuteres i plenum i årsmøtet for Gastronet i mai/juni hvert år. I dette møtet diskuteres behov/ønsker om endring av Gastronets fokus og skjemaene som brukes blir justert.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Det er opp til Gastronet kontaktperson (delegat ved årsmøtet) å legge fram resultatene lokalt – inkludert å presentere dem for ledelse og administrasjon.

7.3 Resultater til pasienter

Tilbakemeldinger fra pasienter vedrørende spørsmål/ros/ris til klinikerne blir umiddelbart sendt videre fra sekretariatet til ansvarlig skopør. Resultater blir lagt ut på Gastronets nettsider (www.kreftregisteret.no/gastronet) hvor også pasienter har tilgang. Gastronet har også fast side i Norsk Gastroenterologisk Forenings tidsskrift (NGF-nytt 4 utgivelser per år) hvor det gastroenterologiske miljøet i og utenfor Gastronet er den primære målgruppen (<http://www.gastroenterologen.no>).

7.4 Offentliggjøring av resultater på institusjonsnivå

Fra og med driftsåret 2014 er resultater fra Gastronet blitt offentliggjort. Med unntak av halvårsrapporten for januar - juni 2014, vil resultater for ett driftsår av gangen bli publisert, dvs. en gang årlig. Se forøvrig under punkt 7.3 ovenfor.

8. Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

Gastronet har samarbeid med Kreftregisteret som dekker funksjonen som webredaktør. Samarbeidet med NPR ivaretar behovet for å anslå Gastronets dekningsgrad. Vi har også samarbeidet med Kunnskapssenteret om et prosjekt på pasienttilfredshet og et prosjektsamarbeid med Polen på elektroniske pasienttilbakemeldinger starter i 2015. Flere land har funnet det interessant å sammenligne resultater på tvers av landegrensene. I 2014 har vi hatt samarbeid med flere sykehus i Sverige og i Polen. Dette har også vært en del av et forskningsmessig samarbeid.

8.2 Vitenskapelige arbeider

I løpet av Gastronets historie er det utkommet 29 originalartikler (alle i fagfellevurderte tidsskrift, hvorav 13 i nivå-2 tidsskrift) og 2 Phd-er fra Gastronet. Fire PhD-kandidater bruker Gastronet i sine pågående arbeider.

9. Forbedringstiltak, momentliste

- **Datafangst.** Papirbasert rapportering både fra skopør og pasient. Innholdet varierer noe fra år til år, men metoden har vært uforandret
- **Forbedring av metoder for fangst av data.** Målet er å få til integrert rapportering som del av sykehusenes standard EPJ og en egen nettbasert modul for pasienttilbakemeldinger. I løpet av 2014 kom vi et godt stykke videre med å få til en integrert løsning for skopirapporteringen. Arbeidet fortsetter i 2015 og vi forventer utprøving av modulene tidlig i 2016. Vi har ikke fått midler til utvikling av elektroniske pasienttilbakemeldinger, men den polske grenen av Gastronet har en løsning til utprøving i Polen og Norge – forhåpentligvis allerede i høst (2015).
- **Metodisk kvalitet.** Papirbaserte løsninger på siden av EPJ gir stor fare for feilregistreringer og underrapportering av de vanskeligste (mest tidkrevende) undersøkelsene. Kvalitetskontroll er begrenset av konsesjonsvilkår. Problemene rundt dette blir ikke løst før vi får en integrert innrapportering via sykehusenes EPJ.
Det er en utfordring å holde styr på signaturer. Når f.eks. samme skopør opererer med opp til 5 forskjellige signaturer, øker faren for at to skopører har samme signatur. Et elektronisk register for signaturer og skopørkoder bør opprettes og gjøres tilgjengelig for den enkelte skopør og sykepleier med individuell passordtilgang.(Problemstilling som i 2013 – fortsatt ikke oppnådd midler/støtte til dette.)
- **Nye registrerende enheter/avdelinger.** Ingen nye skopisentre i Gastronet i løpet av 2014
- **Forbedring av dekningsgrad på individnivå i registeret.** Vurdere tiltak med positive incitamenter (f.eks. 20% mer DRG) for å delta i Gastronet, evt. gjøre innmelding av undersøkelser obligatorisk for å få refusjon (foreløpig ikke gjennomslag for disse tankene i 2014, men følges opp i 2015).
- **Endringer av rutiner for intern kvalitetssikring av data.** Ingen endring.
- **Oppfølging av resultater fra validering mot eksterne kilder.** Forsøkte etablering av «oversette tarmkrefttilfeller» som løpende kvalitetsvariabel, men foreløpig stoppet av konsesjonsvilkår. Følger opp dette i 2015.
- **Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten.** Først og fremst å få til integrerte innrapporteringer via EPJ, dernest elektronisk pasientrapportering, elektronisk skopørarkiv med håndtering av signaturer og «real-time» resultatrapporter lokalt ved hvert senter og samlet for hele Gastronet. I tillegg jobber vi for fortolkning av lov- og regelverk mer på linje med Sverige og Danmark for at Gastronet (og andre registre) skal få valide

- data som alle aktører må ta alvorlig, ha tro på og bruke i kvalitetsforbedring.
- **Nye kvalitetsmål.** Kvaliteten på skopitilbudet bedømmes også ut i fra ventetid fra henvisning til utført skopi. Dette er dramatisk forverret når det gjelder koloskopi. Gastronet har engasjert seg og akter å forfølge dette problemet i den kommende perioden. (Som i 2013 - flere opptredener i media om dette i 2014 og har fulgt opp videre i 2015). Oversette tilfeller av tarmkreft bør være det potensielt viktigste kvalitetsparameter. Arbeidet for å få konsesjon til å gjøre dette til en praktisk og valid variabel videreføres i 2015.
 - **Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret.** Uforandret
 - **Utvidet bruk av pasientrapporterte resultater.** Uforandret. Gastronet har hatt sterkt fokus på pasienttilbakemeldinger siden oppstart i 2003.
 - **Nye demografiske variabler som skal inn i registeret.** Uforandret
 - **Utvidet bruk av demografiske variabler.** Uforandret
 - **Nye variabler som beskriver sosiale forhold hos pasientene.** Uforandret
 - **Utvidet bruk av resultater som beskriver sosiale ulikheter.** Uforandret
 - **Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer.** Uforandret
 - **Registrerende enheters etterlevelse av nasjonale retningslinjer.** Inkluderes som del av integrert EPJ-løsning (som i programvaren ColoReg som vi har utviklet til bruk ved screeningsentrene)
 - **Økt bruk av resultater til klinisk kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon.** Det har vært økt bruk i løpet av 2014, forsøker å stimulere til å utvikle dette videre i 2015
 - **Prioriterte, kliniske forbedringsområder.** Resultatene for 2014 viser hvilke sentre som bør prioritere hva, dvs. forskjellige forbedringsområder for forskjellige sentre
 - **Formidling av resultater.** Resultater på institusjonsnivå offentliggjort for første gang i 2014 etter meget god intern prosess blant bidragende institusjoner. Videreføres. ERCP-registeret er fortsatt under etablering og ikke egnet for sammenlignende analyser på sentrale kvalitetsvariabler.
 - **Forbedring av resultatformidling til deltagende fagmiljø.** Uforandret etter ønske fra fagmiljøet. Vi har ikke fått midler til utvikling av «real-time» generering av rapporter til lokalmiljøene og for hele Gastronet (sammenligning mellom skopisentre).
 - **Forbedring av resultatformidling til administrasjon og ledelse.** Uforandret
 - **Forbedring av resultatformidling til pasienter.** Uforandret, dvs. at resultater legges ut på Gastronets åpne nettsider
 - **Forbedring av hvordan resultater på institusjonsnivå offentliggjøres.** Uforandret etter ønske fra fagmiljøet
 - **Samarbeid og forskning.** Samarbeid med fagmiljø i Warsawa, Polen for utvikling av e-Gastronet (elektronisk/telefonisk pasienttilbakemelding) i 2015
 - **Nye samarbeidspartnere.** Uforandret
 - **Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet.** Videreføre den godt etablerte forskningsvirksomheten i Gastronet

Del III Stadievurdering

10. Referanser til vurdering av stadium

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium for *Gastronet*

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
Stadium 2				
1	Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer resultater på nasjonalt nivå	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og løpende rapportering av resultater på sykehusnivå tilbake til deltakende enheter	7.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan redegjøre for registerets datakvalitet	5.5 , 5.6 , 5.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Har beregnet dekningsgrad mot uavhengig datakilde	5.2 , 5.3 , 5.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte og nasjonale resultater	7.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste nasjonale retningslinjer der disse finnes	6.6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Har identifisert kliniske forbedringsområder basert på analyser fra registeret	6.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Brukes til klinisk kvalitetsforbedringsarbeid	6.8 , 6.9	x	<input type="checkbox"/>
12	Resultater anvendes vitenskapelig	8.2	x	<input type="checkbox"/>
13	Presenterer resultater for PROM/PREM	6.3	x	<input type="checkbox"/>
14	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II	x	<input type="checkbox"/>

Stadium 4

15	Kan dokumentere registerets datakvalitet gjennom valideringsanalyser	5.7	x	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer oppdatert dekningsgradsanalyse hvert 2. år	5.2 , 5.3 , 5.4	x	<input type="checkbox"/>
17	Har dekningsgrad over 80 %	5.4	<input type="checkbox"/>	x
18	Registrerende enheter har løpende (on-line) tilgang til oppdaterte egne og nasjonale resultater	7.1 , 7.4	x	<input type="checkbox"/>
19	Presentere resultater på sosial ulikhet i helse	6.4	x	<input type="checkbox"/>
20	Resultater fra registeret er tilpasset og tilgjengelig for pasienter	7.3	x	<input type="checkbox"/>
21	Kunne dokumentere at registeret har ført til kvalitetsforbedring/endret klinisk praksis	6.9	x	<input type="checkbox"/>
