

Årsrapport indholdsbeskrivelse

Indholdsbeskrivelse til årsrapporter fra kliniske
kvalitetsdatabaser



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Årsrapport indholdsbeskrivelse
© RKKP 2022

Udarbejdet af:
RKKP's Videncenter

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

www.rkkp.dk

Version 2.0
Versionsdato: 12.01.2022

Indhold

Indhold	3
Overordnet baggrund for indholdsbeskrivelsen	4
Anvendelse af skabelonen	4
Særligt vedrørende offentliggørelse af den endelige rapport	4
Rækkefølge af afsnit og indhold af afsnit i årsrapporter	5
Bemærkninger i forhold til nedenstående punkter	5
1. Forside	5
2. Kolofon	5
3. Indholdsfortegnelse	5
4. Konklusioner og anbefalinger	6
5. Oversigt over alle indikatorer	6
6. Oversigt over de samlede indikatorresultater	7
7. Indikatorresultater	7
7.1 Tabel over lands-, regions- og afdelings- og enhedsresultater	7
7.2. Eksklusionstabeller	9
7.3. Figurer over lands-, regions- og enhedsresultater	9
7.4. Kommentering	13
7.4.1. Datagrundlag for indikatoren*	13
7.4.2. Beregningsregler for indikatoren	13
7.4.3. Indikatorresultater	13
7.4.4. Diskussion og klinisk implikation af indikator resultater	13
7.4.5. Vurdering af indikatoren	14
8. Supplerende opgørelser*	14
9. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	14
10. Datagrundlag	14
11. Dækningsgrad og datakomplethed	15
12. Styregruppens medlemmer	15
13. Appendiks*	15
14. Regionale kommentarer	15

Ikke-obligatoriske afsnit er markeret med *.

Overordnet baggrund for indholdsbeskrivelsen

RKKP leverer viden og bidrager til læring og forbedring i sundhedsvæsenet. Årsrapporter fra landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser skal understøtte databaserede dialoger omkring nødvendige handlinger på baggrund af resultaterne i rapporterne.

Indholdsbeskrivelsen skal medvirke til, at budskaber i rapporterne kommer klart ud til de personer, der skal bruge den frembragte viden, samt at den årlige afrapportering af viden på baggrund af kvalitetsdata er ensartet. Ensartethed på tværs af de kliniske kvalitetsdatabaser vurderes nødvendig for at skabe det bedst mulige grundlag for, at årsrapporterne bredt kan anvendes til kvalitetsudvikling af interessenter på sundhedsområdet. Samtidig sikrer standardiseringen effektivitet af udarbejdelsen af årsrapporter i RKKP's Videncenter ved brug af fælles figurlayout mm.

Indholdsbeskrivelsen sætter rammen for, hvordan RKKP's årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser skal udformes, herunder hvordan resultater fra databasens indikatorer skal afrapporteres. Supplerende opgørelser, temaafsnit mm kan afrapporteres i årsrapporten under 'løse rammer', som deskriptive eller udvidede analyser, f.eks. justerede overlevelsesanalyser eller andre mere dybdegående analyser. De uddybende analyser, som afrapporteres i årsrapporten, skal være relevante for datas anvendelse til kvalitetsudvikling og for forståelsen af baggrunden for de afrapporterede indikatorresultater.

Anvendelse af indholdsbeskrivelsen

Anvendelse af indholdsbeskrivelsen må ikke medføre, at der afrapporteres meningsløse analyser og resultater. Eksempelvis hvis der er specielle forhold, der gør sig gældende i databasen, der forhindrer anvendelsen af tabeller eller grafer som angivet i indholdsbeskrivelsen.

Der skal som princip sikres en afrapportering, som er anvendelig til kvalitetsformål og sikrer, at de faglige budskaber formidles klart og korrekt. Rækkefølgen af rapportens afsnit skal principielt følge indholdsbeskrivelsen, men rækkefølgen kan undtagelsesvis ændres, hvis det letter kommunikationen med rapportens målgrupper.

Særligt vedrørende offentliggørelse af den endelige årsrapport

På grund af diskretionshensyn skal resultater i den offentliggjorte årsrapport være gennemgået med henblik på udeladelse af meget små frekvenser (få patientforløb).

Rækkefølge af afsnit og indhold af afsnit i årsrapporter

Bemærkninger i forhold til nedenstående punkter

Årsrapporter skal opbygges af nedenstående punkter, i den nævnte rækkefølge.

- Ikke-obligatoriske afsnit er markeret med *.
- Layout af forside, indholdsfortegnelse, overskrifter og tekstafsnit er justeret svarende til beslutninger ift den fælles visuelle identitet og skal på sigt følge en fælles word skabelon for årsrapporter.
- Indikatorstabeller og de tilhørende figurer i årsrapporterne skal følge layout fastsat i de fælles SAS makroer.

1. Forside

- Databasens navn og evt. logo.
- RKKP-logo.
- Årstal for rapporten. Der angives blot et årstal. For rapporter som ikke følger kalenderåret angives det årstal, hvor størstedelen af opfølgningstiden ligger. Hvis der indgår lige mange måneder i to år, vælges årstallet med udgivelsesdatoen.
- Angivelse af tidsperioden som rapporten dækker. Perioden angives med fulde datoer (ex. 1. juli 2020 – 30. juni 2021).
- Version. Angives som henholdsvis "auditeret version" og "offentliggjort version", samt med angivelse af dato for udgivelse.

2. Kolofon

- Anføres på rapportens side 2.
- Angivelse af hvem der har udarbejdet rapporten (standardtekst: " Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videntcenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen."
- Angivelse af hvem der er formand for databasen inkl. kontaktoplysninger.
- Angivelse af hvem der er RKKP kontaktperson for databasen inkl. kontaktoplysninger.
- Rapportens udgivelsesdato, angives som dag, måned og år.

3. Indholdsfortegnelse

- Der indsættes indholdsfortegnelse på rapportens side 3. Indholdsfortegnelsens afsnit skal anføres med kort meningsfuld tekst.
- Hvis rapporten inkluderer et appendiksafsnit gives eventuelt en oversigt i indholdsfortegnelsen over indholdet af appendiks.
- Der anføres ikke særskilt indholdsfortegnelse over rapportens tabeller og figurer.

4. Konklusioner og anbefalinger

- Afsnittet bør være kort og præcist (anbefalet max 2 sider) for at sikre det nødvendige fokus på de væsentligste resultater og de anbefalede handlinger. Afsnittet bygger på [anbefalinger om kommentering i årsrapporter](#)
- Skal med afsæt i databasens indikatorsæt give læseren et overblik over den overordnede kvalitet på området, herunder fremhæve områder med god eller forbedret kvalitet, samt områder med forbedringspotentiale. Kan eksempelvis nævne én forbedring til inspiration, samt ét resultat som kalder på handling for at skabe forbedring for patienterne.
- Skal indeholde en klinisk vurdering af resultaterne og betydningen for patienterne på området. Fokus bør være på udviklingen over tid og resultater i det aktuelle år. Afsnittet skal ikke omfatte en gennemgang af samtlige indikatorresultater. I gennemgangen bør der reflekteres over udviklingen i forhold til sidste års konklusioner og anbefalinger.
- Skal indeholde forslag til hvordan kvaliteten kan forbedres med tydelig angivelse af, hvem der forventes at handle, f.eks. myndigheder, regioner, kommuner, hospitaler eller sundhedsprofessionelle miljøer, hvor dette er muligt.
- Kritiske resultater, f.eks. forhold der kan kompromittere patienternes sikkerhed, skal beskrives tydeligt med angivelse af, hvad der skal gøres/er gjort for at imødegå patientskade.
- Hvis der er udarbejdet en godkendt one-pager tekst til Ugeskrift for Læger kan teksten tilføjes afsnittet, evt. som indrammet tekstboks i indledningen af afsnittet.

5. Oversigt over alle indikatorer

- Oversigten skal ikke indeholde resultater for indikatorerne.
- Oversigten skal indeholde oplysninger som nedenfor.
- Der kan yderst til venstre indsættes en kolonne med "Indikatorområde" såfremt dette er relevant.

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a: Andelen af registrerede tilfælde af akut leukæmi i databasen ud af alle registrerede i LPR og databasen	Struktur	Andel	≥ 90 %	ALG_11_003
Indikator 1b: Overordnet datakomplethed, andel af reg. patienter med indleveret behandlingsskema, alle AML og ALL-patienter	Proces	Andel	≥ 80 %	ALG_12_002
Indikator 12: Andel patienter, som er i behandling med allogen KMT, alle AML og ALL patienter	Proces	Andel		ALG_121_001

6. Oversigt over de samlede indikatorresultater

- Oversigten skal indeholde resultater for indikatorerne på landsplan for den aktuelle opgørelsesperiode samt de to foregående opgørelsesperioder, hvis der er data til at belyse disse. (Mulighed for at medtage tre foregående perioder findes i den fælles SAS makro).
- Oversigten skal indeholde oplysninger som vist med eksemplet nedenfor:

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse				
		Uoplyst %	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Indikator 1. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling	≥ 25.000		357.701		398.979	410.461
Indikator 6. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	≤ 2	0	2,2	(1,9-2,6)	2,3	1,8

7. Indikatorresultater

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af, hvorledes hver enkelt indikator afrapporteres i tabeller og figurer og hvordan resultaterne kommenteres. Formen vil, især for valg af figurer, afhænge af den type information, der skal afrapporteres. Punkterne skal i udgangspunktet afrapporteres for hver indikator.

7.1 Tabel over lands-, regions- og enhedsresultater

Præsentation af indikatorresultater for hver enkelt indikator:

- Tabelformat: stående tabel. Med følgende kolonner i rækkefølge:
 - Opgørelsesniveau.
 - Angivelse af standardopfyldelse. Er standarden opfyldt? (ja, nej).
 - Tæller og nævner, antal i populationen eller lignende. Udelades ved antalsindikator.
 - Antal uoplyste med procentdel af forløb, der mangler oplysninger, i parentes.
 - Resultat (f.eks. procentdel i heltal eller et rate estimat) for den aktuelle opgørelsesperiode med 95% konfidensintervaller.
 - Resultater for de to tidligere opgørelsesperioder (hvis disse data forefindes). Angiv estimatet men udelad frekvenser og 95% konfidensintervaller.
- Indeholder nationalt, regionale og enhedsspecifikke resultater (alle med konfidensintervaller for den aktuelle opgørelsesperiode).
- Rækkefølgen i tabellen anføres som følger: Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland, Nordjylland evt. efterfulgt af privathospitaler. Lands- og regionsresultaterne fremgår samlet øverst i tabellen og derefter opsplittet for regionerne sammen med afdelinger.
- Rækkefølgen på afdelinger under hver region
 - Den valgte rækkefølge af afdelinger eller indberettende enheder under hver region skal være den samme i samtlige tabeller i årsrapporten og går igen i tilhørende figurer.

- Indberettende afdelinger eller enheder opføres alfabetisk inden for en given region. Privathospitaler fremgår alfabetisk nederst i tabellen.
- Der kan anvendes uofficielle (kortere) navne for indberettende afdelinger og enheder (hvis det ønskes, kan der laves et appendiks, der viser de i tabellerne anvendte navne i forhold til de officielle SKS/SOR betegnelser).

Eksempel på indikatortabel som følger den fælles SAS makro ses nedenfor.

Indikator 1a: Andelen af registrerede tilfælde af myelodysplastiske syndromer i databasen ud af alle registrerede i LPR+database

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Andel	2017 Andel
Danmark	Nej	299 / 342	0 (0)	87,4	(83,4-90,7)	99,3	97,4
Hovedstaden	Nej	85 / 112	0 (0)	75,9	(66,9-83,5)	99,0	97,5
Sjælland	Ja	58 / 58	0 (0)	100,0	(93,8-100,0)	100,0	97,9
Syddanmark	Ja	81 / 87	0 (0)	93,1	(85,6-97,4)	100,0	100,0
Midtjylland	Nej	46 / 53	0 (0)	86,8	(74,7-94,5)	98,1	93,6
Nordjylland	Ja	29 / 32	0 (0)	90,6	(75,0-98,0)	100,0	96,3
Hovedstaden	Nej	85 / 112	0 (0)	75,9	(66,9-83,5)	99,0	97,5
Herlev	Nej	55 / 66	0 (0)	83,3	(72,1-91,4)	100,0	100,0
Rigshospitalet	Nej	30 / 46	0 (0)	65,2	(49,8-78,6)	98,1	95,6
Sjælland	Ja	58 / 58	0 (0)	100,0	(93,8-100,0)	100,0	97,9
Roskilde	Ja	58 / 58	0 (0)	100,0	(93,8-100,0)	100,0	97,9
Syddanmark	Ja	81 / 87	0 (0)	93,1	(85,6-97,4)	100,0	100,0
Esbjerg	Ja	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	100,0
Odense	Ja	57 / 62	0 (0)	91,9	(82,2-97,3)	100,0	100,0
Vejle	Ja	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	100,0
Åbenrå	Nej	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)		
Midtjylland	Nej	46 / 53	0 (0)	86,8	(74,7-94,5)	98,1	93,6
Holstebro	Ja	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	100,0	100,0
Århus	Nej	34 / 41	0 (0)	82,9	(67,9-92,8)	96,6	91,2
Nordjylland	Ja	29 / 32	0 (0)	90,6	(75,0-98,0)	100,0	96,3
Ålborg	Ja	29 / 32	0 (0)	90,6	(75,0-98,0)	100,0	96,3

7.2. Eksklusionstabeller

- Der indsættes eksklusionstabeller efter indikator-tabellerne til beskrivelse af bortfald (eksklusioner og uoplyste).

	<i>Antal</i>	<i>Årsag</i>
Eksklusion:	152	Patienten har ikke indikation for genoplivning
	715	Patienten har ikke klinisk hjertestop
Uoplyst:	2	Information om bevidnet hjertestop mangler

7.3. Figurer over lands-, regions- og enhedsresultater

Figurer udvælges for at supplere analysen og vurderingen af niveauet for den målte kvalitet. Fokus for valg af figurer er at kunne vurdere udviklingen i kvaliteten over det aktuelle år/de afrapporterede år, herunder at vurdere om der ses klinisk relevante ændringer i udviklingen af resultaterne for indikatoropfyldelsen over tid. Endelig gives i figurerne en visuel præsentation af forskelle i indikatoropfyldelsen mellem enheder.

Standardfigurer i årsrapporter er følgende figurtyper:

Ét-punkts resultatopgørelser:

- 7.3a Konfidensinterval-plots
- 7.3b FunnelpLOTS

Fler-punkts resultatopgørelser:

- 7.3c Seriediagrammer
- 7.3d Kontrol-diagrammer

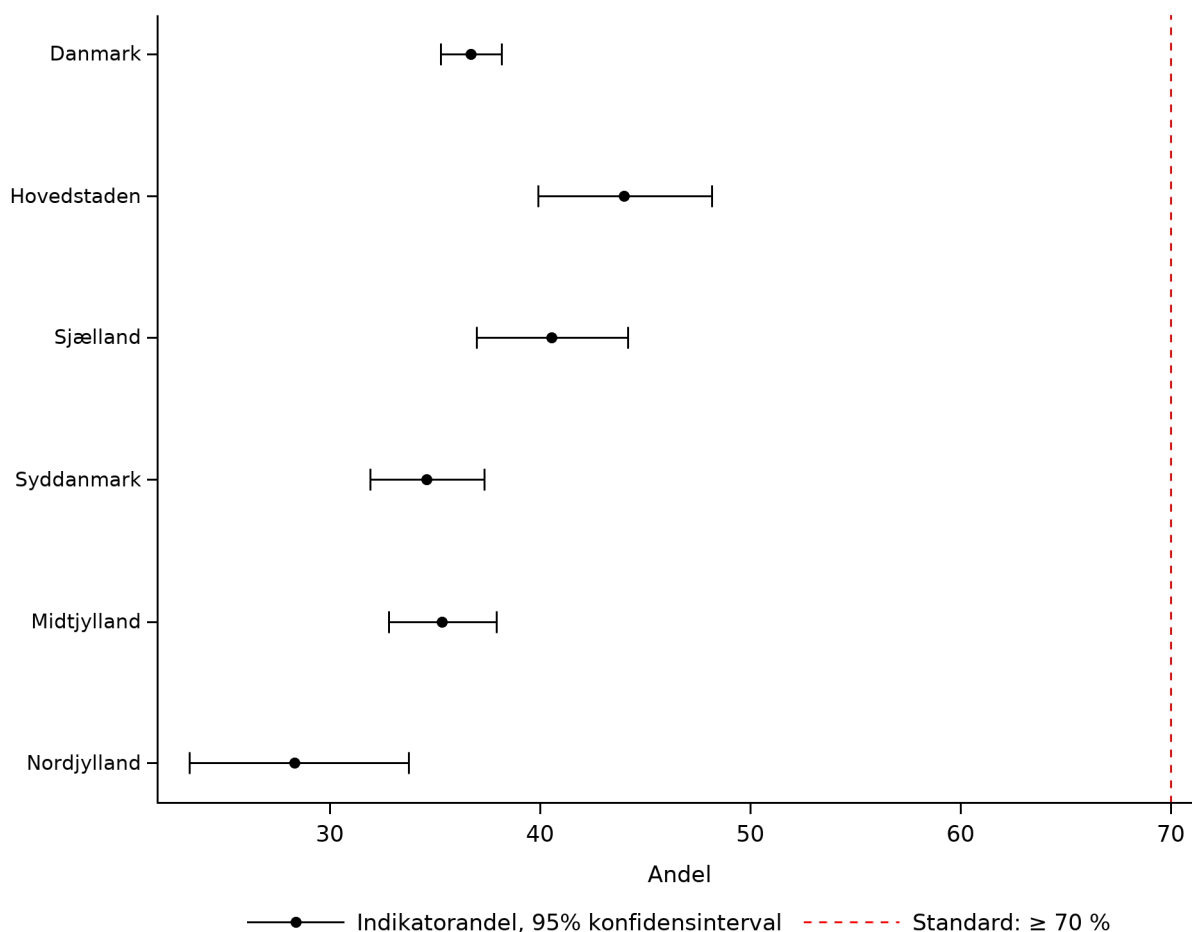
7.3a) Konfidensinterval-plots

- Valg af enhed (region, sygehus, afdeling, afsnit, klynge el. lign.) foretages ud fra praktiske overvejelser.
- Der kan afviges fra præsentation af konfidensintervalplots, hvor det ikke giver mening at præsentere dem.
- Rækkefølgen for regioner i grafen anføres som følger: Landsresultat, Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland. Hvis der fremvises resultater på lavere niveau, er rækkefølgen den samme som i tabellen.

Formålet med at vise konfidensinterval-plots er at give en visuel præsentation af det aktuelle års resultat med tilhørende 95% konfidensinterval for lands-, regions- og afdelingsniveau.

Eksempel på konfidensinterval-plot på regionsniveau dannet med den fælles SAS makro ses på næste side.

Indikator 5. Andel af patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ved afslutning af hjerterehabileringsforløbet har LDL-kolesterol < 1,4 mmol/l. Konfidensinterval-plot på regionsniveau.

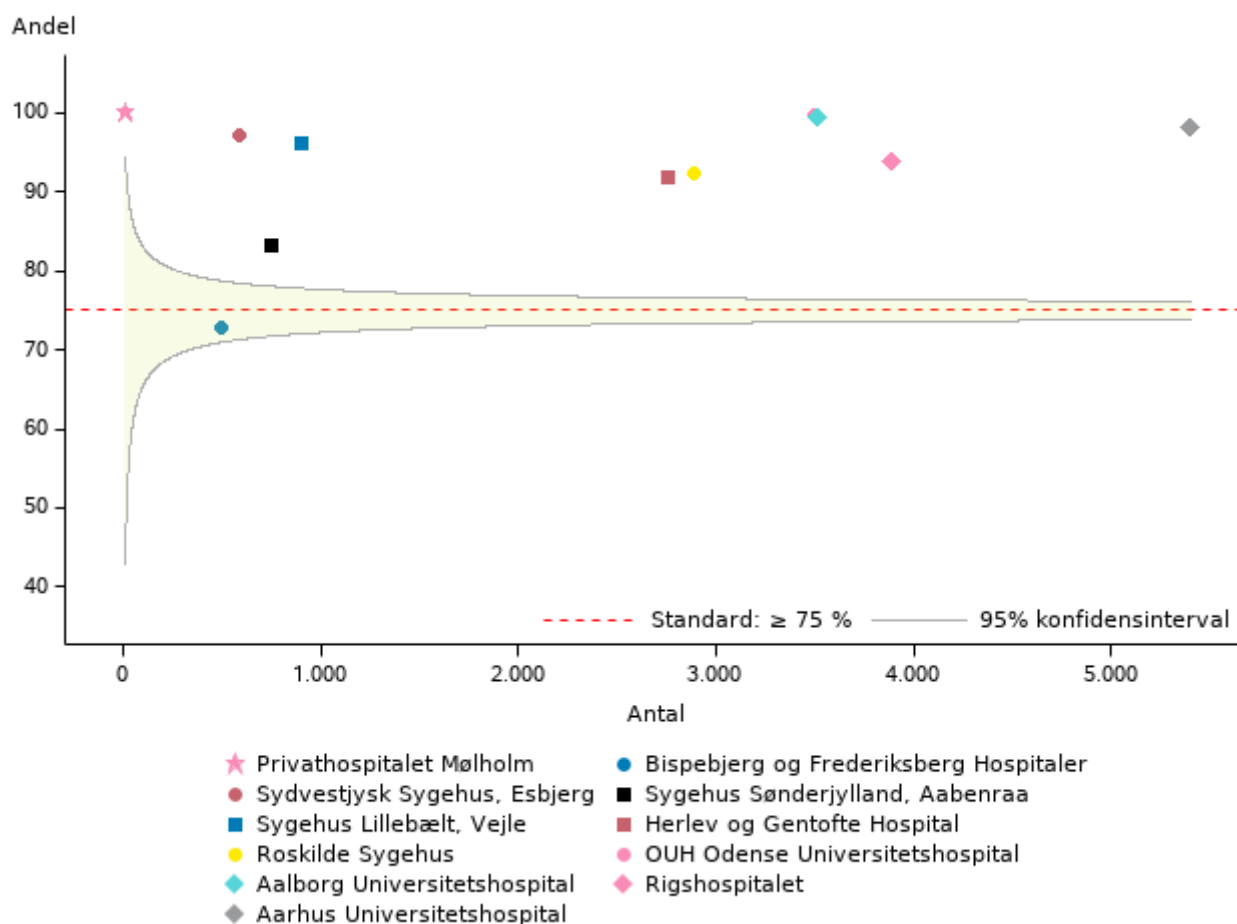


7.3b) Funnelplo

- Valg af enhed (region, sygehus, afdeling, afsnit, klynge el. lign.) foretages ud fra praktiske overvejelser.
- Funnelplo udelades hvis der ikke er fastsat en standard.
- Eksempel på funnelplo på afdelingsniveau dannet med den fælles SAS makro ses på næste side.

Formålet med at vise funnelplo er at udpege enheder med 'sikre' outlier-resultater – enten i den gode retning, for at kunne lære af og sprede handlinger til efterfølgelse, eller for at lokalisere enheder hvor handling synes påkrævet.

Indikator KAG-1: Røntgenstråledosis under 50 Gy*cm² ved KAG. Funnelploot på afdelingsniveau.



Funnelplottet er et punktdiagram af de opnåede indikatorresultater mod patientpopulationens størrelse. I ovenstående diagram er vist indikatorresultater for det seneste år ift. standarden. Punkterne viser indikatorresultatet på y-aksen mod antallet af patientforløb i den givne opgørelse i opgørelsesåret (x-aksen). Den røde linje viser den fastsatte standard. Den omkringliggende tragt viser en 95% kontrolgrænse omkring standarden. Tragten illustrerer den variation, der kan ligge omkring et givet niveau i resultatet. Tragten bliver mindre ud af x-aksen fordi resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på. Resultater, der ligger uden for tragten, afviger statistisk signifikant fra den fastsatte standard.

Bemærk, at for nogle indikatorer er det ønskværdigt at ligge højt (f.eks. andel af patienter der overlever), mens det for andre er ønskværdigt at ligge lavt (f.eks. andel af patienter der dør).

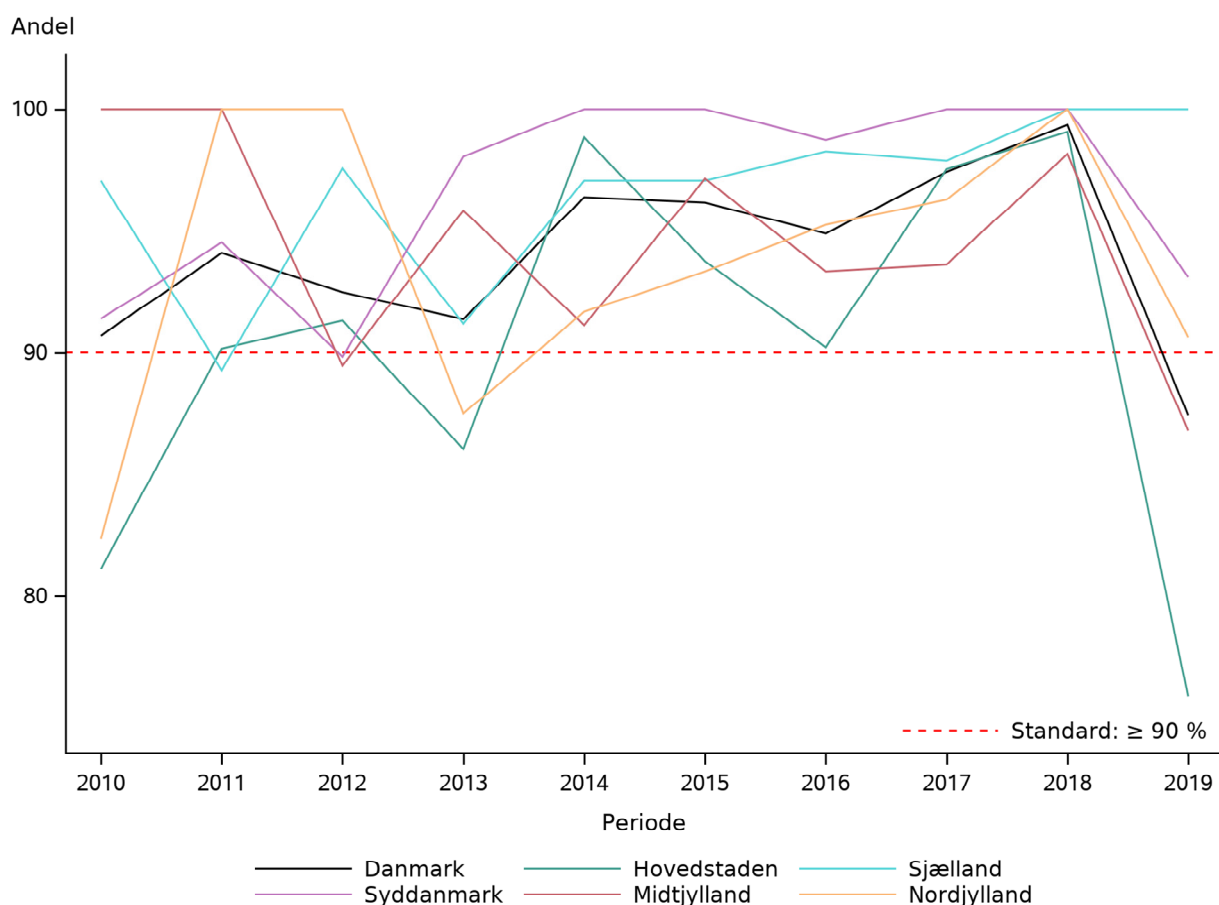
7.3 c) Seriediagrammer over udviklingen i lands- og regionsresultatet

- Tidsinterval for tidsangivelsen på x-aksen vælges i mindst mulige interval, afhængig af hvad der giver mening for den enkelte indikator (uge, måned, år).
- Der er en mulighed for at vise seriediagrammer for udviklingen på afdelings- eller andet enhedsniveau.

Formålet med seriediagrammet er at vise udviklingen i indikatoropgørelsen med flere datapunkter end det ene for det aktuelle år, samt de to forudgående, som præsenteres i indikator Tabellen. Præsentation af flere datapunkter for udviklingen over tid giver mulighed for vurdering af processen bag resultatet. Seriediagrammet er et enkelt grafisk redskab, som gør det muligt at vurdere, om der er tale om tilfældig eller ikke-tilfældig variation i indikatorudviklingen over tid, for dermed at kunne skelne mellem resultater, der kræver intervention på grund af systematisk vigende kvalitet, og resultater der blot er udtryk for tilfældige udsving over tid

Seriediagrammet kan opstilles for alle indikator typer, da det ikke stiller bestemte krav til de bagvedliggende data. Eksempel på seriediagram dannet med den fælles SAS makro ses nedenfor.

Indikator 1a: Andelen af registrerede tilfælde af myelodysplastiske syndromer i databasen ud af alle registrerede i LPR+database. Trendgraf på regionsniveau.



7.3 d) Kontrolldiagrammer over udviklingen i lands- og regionsresultatet

- Tidsinterval for tidsangivelsen på x-aksen vælges i mindst mulige interval, afhængig af hvad der giver mening for den enkelte indikator (uge, måned, år).
- Der er en mulighed for at vise kontrolldiagrammet på afdelings- eller andet enhedsniveau.

Formålet med kontrolldiagrammet er, som for seriediagrammet, at give grundlag for at vurdere processen bag datapunkterne. Hvis et stabilt niveau for indikatoropfyldelsen er opnået, og der ønskes et diagram til vurdering af fastholdelse af niveauet over tid, kan man med fordel vælge et kontrolldiagram, hvor det er lettere at opdage udsving for de enkelte datapunkter. Det konkrete valg af typen af kontrolldiagram afhænger af de data diagrammet skal dannes på baggrund af.

7.4. Kommentering

- Kommentering af indikatorresultater er obligatorisk og skal afspejle formålet med databaserne: at transformere data og information, til viden der kan bruges som afsæt for kvalitetsudvikling.
- Hvis kommentaren er fælles for flere indikatorer, må der gerne henvises til en fælles kommentar. Henvisningen skal skrives under hver indikator.
- Databasens epidemiolog og et eller flere kliniske medlemmer af styregruppen udarbejder i samarbejde en fælles struktureret kommentar (punkt 7.4.1-7.4.5).

7.4.1. Datagrundlag for indikatoren*

- Der anvendes eksklusionstabeller til understøttelse af kommentering af datagrundlag og uoplyste forløb.
- Hvis det ønskes kan datagrundlag og beregningsprincip resumeres på et par linier. Kan eventuelt slås sammen med 7.4.2 Beregningsregler for indikatoren.

7.4.2. Beregningsregler for indikatoren

- Hvis det ønskes kan datagrundlag og beregningsprincip resumeres på et par linier. Kan eventuelt slås sammen med 7.4.1 Datagrundlag for indikatoren. Der bør sikres gennemsigtighed i beregningen af indikatorresultaterne, enten i indikatorafsnittet eller andetsteds i rapporten.

7.4.3. Indikatorresultater

- Afsnittet indeholder en samlet beskrivelse af årets resultater med fokus på beskrivelse af niveauet for den målte kvalitet, herunder forskelle mellem regioner og enheder. Desuden en beskrivelse af udviklingen i indikatoropfyldelsen over tid.
- Som udgangspunkt inkluderes det samme sæt figurer for hver indikator, og de inddrages alle i kommenteringen.
- Regioner og enheder som ikke opfylder den fastsatte kvalitetsstandard, eller som præsterer væsentligt bedre end øvrige, nævnes som udgangspunkt eksplicit.
- Der kommenteres på statistisk usikkerhed på indikatoranalysens resultater, hvor det er relevant.
- Der kan henvises til supplerende opgørelser og materiale i appendiks.

7.4.4. Diskussion og klinisk implikation af indikator resultater

- Diskussionen skal eksplicit indeholde fortolkning af variationer mellem de enkelte afdelinger, samt fortolkning af den generelle udvikling over tid. I forhold til udvikling skal der tages stilling til såvel det samlede niveau på landsplan, samt til udviklingen for enkelte afdelinger og variation mellem afdelinger.
- Manglende standardopfyldelse eller uønsket variation skal ledsages af faglige anbefalinger og forslag til kvalitetsforbedring, herunder beskrivelse af hvem der kan gøre hvad for at forbedre kvaliteten: Er der en opgave primært for det faglige miljø (ex udarbejdelse/tilretning af retningslinjer eller guidelines), for en hospitalsledelse, en region eller kræver det handling på nationalt plan? Ligeledes bør resultater der skiller sig positivt ud fremhæves til brug for eventuel spredning af forbedringsinitiativer.
- Kritiske resultater, f.eks. forhold der ikke lever op til minimumsstandard og/eller som kan kompromittere patienternes sikkerhed, skal beskrives tydeligt med angivelse af, hvad der skal gøres for at imødegå patientskade.
- Der kan henvises til supplerende opgørelser og materiale i appendiks i indikatoranalysens diskussionsafsnit.

7.4.5. Vurdering af indikatoren

- I afsnittet skal der tages stilling til indikatorens anvendelighed i kvalitetsforbedringsarbejdet og det vurderes, om der skal ske ændringer i indikator eller standard.

8. Supplerende opgørelser*

- Afsnittet kan indeholde opgørelser for dele af patientforløbet, som styregruppen ønsker at monitorere, hvor der ikke er behov for samme fokus fra øvrige aktører, som for en indikatormåling.
- Kan indeholde indikatorrelaterede opgørelser stratificeret på undergrupper af patienter eller delforløb.
- Kan ligeledes indeholde opgørelser, hvor handlinger relaterede til kvalitetsudvikling endnu ikke er klarlagt, eller enigheden om disse endnu ikke er opnået.
- Resultater fra de supplerende analyser skal kommenteres klinisk af styregruppen i årsrapporten, gerne i relation til kommenteringen af indikatorer.

9. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

- Afsnittet bør holdes inden for en enkelt A4 side.
- Skal indeholde en kort beskrivelse af sygdomsområdet og det typiske patientforløb.
- Skal indeholde overvejelser omkring, og en kort prosabeskrivelse af, databasens patientpopulation (ikke en teknisk specifikation).
- Skal indeholde en sammenfatning af hvordan den samlede behandlingskvalitet måles (eksempelvis fokusområder for indikatorer, fokusområde for specifikke dele af patientforløbet).
- Afsnittet kan evt. inkludere en kort beskrivelse af væsentlige ændringer siden sidste årsrapport (eksempelvis inklusion af nye datakilder, ændringer i population el. lign.).

10. Datagrundlag

- Information om hvornår datasættet er frosset eller hvornår analysedatasættet er udtrukket.
- Der skal tages eksplicit stilling til, om datakvaliteten er tilfredsstillende, hvor begrundelse for stillingtagen skal fremgå.

- Derudover kan afsnittet valgfrit indeholde (*):
 - Beskrivelse af hvorfra data stammer.
 - Overordnede forudsætninger og tal svarende til datagrundlag:
 - Beskrivelse af beregning af dækningsgrad (databasens kompletthed) og datakomplethed (fravær af missing values i opgørelserne i forhold til indikatorerne).
 - Beskrivelse af anvendte statistiske metoder.
 - Afsnittet skal ikke indeholde en generel gennemgang af datakvalitet (for en sådan gennemgang kan der evt. henvises til appendiks).

11. Dækningsgrad og datakomplethed

- Tabel med dækningsgrad og overensstemmelsesgrad for databasen (hvor disse kan beregnes).
- Kommentar med epidemiologisk vurdering af dækningsgraden. For databaser, hvor en dækningsgrad ikke umiddelbart kan beregnes, beskrives det hvordan databasens dækning af den ønskede population er estimeret.

12. Styregruppens medlemmer

- Liste over databasens styregruppemedlemmer i opgørelsesperioden, inklusiv databasens RKKP-team.

13. Appendiks*

Appendiks er ikke påkrævet, men kan eksempelvis indeholde:

- Særanalyser.
 - Alt materiale i appendiks kommenteres klinisk af styregruppen. Kommentaren kan være i appendikset eller under indikatoranalysen.
- Beregningsregler (dannes fra online dokumentationen).
- Publikationer eller publikationsliste fra databasen.

14. Regionale kommentarer

- Fritstående side, hvortil regionerne har mulighed for at indsende kommentarer vedrørende egne resultater fra regioner og sygehuse til indsættelse i den version af årsrapporten, som offentliggøres på sundhed.dk.
- Kommentarerne skal udgøre regional, klinisk fortolkning af data.
- Afsnittet må ikke bruges som diskussionsforum i forhold til indikatorsættet og de fastsatte standarder. Eventuelle kommentarer til indikatorsættet skal formidles til databasens kontaktperson i RKKP med henblik på videreformidling til databasens faglige styregruppe.
- Eksempel på kommentarer:

