

# Nasjonalt Korsbåndregister Årsrapport for 2016 med plan for forbedringstiltak

---

Håvard Visnes, Lars Engebretsen, Stein Håkon L. Lygre,  
Anne Marie Fenstad, Merete Husøy og Irina Kvinnesland

Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen

20. september 2017

# Bakgrunn og veiledning til utfylling

## Bakgrunn

En årsrapport fra et medisinsk kvalitetsregister bør utarbeides først og fremst for å vise hvilken nytte helsetjenesten har hatt av resultatene fra registeret, og hvordan registeret kan brukes til klinisk kvalitetsforbedringsarbeid. Årsrapporten bør utformes slik at den også kan leses og forstås av personer utenfor det aktuelle fagmiljø.

Malen for årsrapport er utarbeidet av Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre på bestilling av interregional styringsgruppe, for bruk av alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Malen inneholder sentrale rapporteringselementer som blant annet har sitt utgangspunkt i [stadieinndelingssystemet](#) for kvalitetsregistre, og en resultatdel.

Mottaker for årsrapporten er det enkelte registers RHF. For å kunne gi en samlet oversikt over nasjonale kvalitetsregistres årsrapporter, samt å være grunnlag for publisering av resultater fra kvalitetsregistrene, ber vi om at kopi av rapporten også sendes SKDE innen innleveringsfristen. [Ekspertgruppen](#) vil gjøre en gjennomgang av alle årsrapportene for inneværende årsrapportperiode, og kategorisere de nasjonale kvalitetsregistrene i henhold til stadieinndelingssystemet.

## Veiledning til utfylling

Kapittel [4-8](#) i malen er beskrivende, og utfylles så langt det er mulig. Det vil være mange registre som mangler informasjon for utfylling av ett eller flere underkapitler. Ved manglende informasjon lar man det aktuelle underkapitlet stå tomt. Det er laget en veiledende tekst til alle underkapitler som har som hensikt å beskrive hvilken informasjon man ønsker fylt inn. I kapittel [5](#) og [7](#) er begrepet "institusjon" brukt. Her fyller registeret inn informasjon på foretaks-, sykehus- eller avdelingsnivå avhengig av hvilken informasjon som er tilgjengelig i hvert enkelt register.

Kapittel [3](#) er resultatdelen av årsrapporten, og her fyller det enkelte register inn de resultater (tabeller, figurer og tekst) de ønsker å formidle. Det er et krav at man viser resultater fra de viktigste kvalitetsindikatorer i registeret, og at resultatene formidles på sykehusnivå.

I hver helseregion finnes det representanter for det nasjonale servicemiljøet for medisinske kvalitetsregistre som kan svare på spørsmål angående årsrapporter. Kontaktinformasjon til disse finnes på servicemiljøets [nettsider](#).

# Innhold

Del I	Årsrapport .....	4
<b>1. Sammendrag</b> .....		<b>4</b>
<b>Summary in English</b> .....		<b>4</b>
<b>2. Registerbeskrivelse</b> .....		<b>7</b>
2.1 Bakgrunn og formål .....		7
2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag .....		7
2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar .....		7
<b>3. Resultater</b> .....		<b>7</b>
<b>4. Metoder for fangst av data</b> .....		<b>20</b>
<b>5. Metodisk kvalitet</b> .....		<b>21</b>
5.1 Antall registreringer .....		21
5.2 Metode for beregning av dekningsgrad .....		21
5.3 Tilslutning .....		21
5.4 Dekningsgrad .....		21
5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet .....		21
5.6 Metode for validering av data i registeret .....		21
5.7 Vurdering av datakvalitet .....		22
<b>6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring</b> .....		<b>22</b>
6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret .....		22
6.2 Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer .....		23
6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) .....		23
6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse .....		23
6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. ....		23
6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer .....		23
6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder .....		24
6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret .....		24
6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis) .....		24
6.10 Pasientsikkerhet .....		24
<b>7. Formidling av resultater</b> .....		<b>25</b>
7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø .....		25
7.2 Resultater til administrasjon og ledelse .....		25
7.3 Resultater til pasienter .....		25
7.4 Publisering av resultater på institusjonsnivå .....		26
<b>8. Samarbeid og forskning</b> .....		<b>27</b>
8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre .....		27
8.2 Vitenskapelige arbeider .....		27
Del II	Plan for forbedringstiltak .....	28
<b>9. Forbedringstiltak</b> .....		<b>28</b>
Del III	Stadievurdering .....	30
<b>10. Referanser til vurdering av stadium</b> .....		<b>30</b>

## 1. Sammendrag

Korsbåndregisterets ledelse og sekretariat er stolte av å kunne presentere registerets rapport fra 2016. Fra oppstarten 7. juni 2004 har rapporteringene steget jevnt og trutt. Fortsatt tyder innmeldingene på en meget god oppslutning fra våre kolleger. Vi har nå passert 25000 skjemaer i databasen. Sammen med Sverige og Danmark har vi godt over 50 000 pasienter i den Skandinaviske databasen. Korsbåndkirurgi utført som dagkirurgi øker fortsatt. Over 71 % gjøres nå som dagkirurgi, opp fra 63 % i 2011. Riksrevisjonen som hadde en gjennomgåelse av korsbåndoperasjoner, sammen med leder av Korsbåndregisteret, viste at det ikke var noen forskjell i resultatene på de som var operert inneliggende – sammenlignet med de som var gjort som dagkirurgi. I 2016 er det registrert 1825 primære korsbånd i korsbåndregisteret. Fordelingen på disse er jevnt fordelt med private og offentlige sykehus. Det er også verd merke seg at det er 20 sykehus som opererer færre enn 10 stk pr år i 2016. Om dette er ønskelig kan selvsagt diskuteres.

Som tidligere er vridningsidrettene som håndball og fotball som står for det største volumet av nye pasienter. Tallet må sees i sammenheng med at disse idrettene også er de største i Norge. Alpin inklusiv freestyle, snowboard, slopestyle og twintip er også ofte aktivitet med fare for korsbåndskader.

Fra juni 2006 startet utsendelse av KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score skjema) til opererte pasienter etter to år. Dette er såkalte PROM – data (Patient Related Outcome Measure) som vi anser som svært viktige opplysninger og betyr svært mye for å vurdere resultatene etter korsbåndkirurgi. De foreliggende dataene viser at pasienter som har gjennomgått korsbåndkirurgi har god bedring i livskvalitet QOL (Quality of life) og aktivitetsnivå (sport/idrett).

Det norske Korsbåndregisteret er også blitt modell for Sverige, Danmark, England, New Zealand, Australia samt flere registre i USA. ESSKA (European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery & Arthroscopy) har også invitert forskere tilknyttet Korsbåndregisteret til nærmere samarbeid og forskningsprosjekter.

Registeret har hatt et viktig rolle i forbindelse med graftvalg etter flere gode registerstudier av Andreas Persson og Tone Gifstad de siste årene. Oversikten over graftvalg viser en fortsatt økning av patellarsenegraft. Trenden har nå endret seg betydelig siden 2011 da 79 % prosent fikk hamstringsgraft. Andelen nå i 2016 er nede i 34 %. Vi kan derfor trygt si at resultatene fra vårt register blir lest og tatt til følge, og får konsekvenser i den praktiske hverdagen for korsbåndkirurger.

Revisjoner blir gjort når det opererte korsbåndet ikke lengre fungerer. I 2016 var traumer og svikt av graft de hyppigste årsaker til revisjoner. Revisjoner utgjør ca. 9 % av korsbåndkirurgien. Fra 2011 en lett økning av antall revisjoner fra 8,1 til 9 %. Etter 8 år har i snitt 94 % sitt rekonstruerte korsbånd i behold.

Registrering av data foregår fortsatt papirbasert – men det er laget en elektronisk versjon i samarbeid med MRS (Medisinske Registrerings Systemer) som nå er tatt i bruk på Haukeland Universitetssykehus (HUS). Den elektroniske innsendingen av korsbåndskjemaet har blitt brukt fra 1. august 2016 og dette har fungert tilfredsstillende. Noen justeringer har blitt gjort underveis, men etter hvert er vi fornøyd. Vi vil nå gå til Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) i Bergen – for deretter å gå ut til alle som opererer korsbåndskader. Når det gjelder autentiseringen går dette greit. Man kan bruke sykehusets ID-kort med chip, tilsvarende man må gjøre ved bruk av e-resept som er godt innarbeidet i de fleste sykehus. Alternativt kan man bruke egen mobiltelefon for å få tilsendt en 4-tegnskode for å komme inn og fylle ut og sende skjemaet. Det er gode utsikter for at dette vil bli akseptert.

SKDE står for en vesentlig del av finansieringen sammen med Helse Vest HF.

Innsendingen av skjema ved de primære rekonstruksjonene er tilfredsstillende. Dekningsgraden for utfylling til korsbåndregisteret er likevel avhengig av gode rutiner. Vi ser at de 4 sykehusene som opererer mest også har best dekningsgrad. Viktig å understreke at dette ikke lenger er frivillig fra legen sin side. Det er nå et krav fra HOD i bestillingsdokumentet til de forskjellige sykehusene. Det er kun samtykkeerklæringen fra pasient som i dag er frivillig, og det er et krav at denne samtykkeerklæringen skal foreligge og kunne finnes fram på det enkelte sykehus. Dersom disse skjemaene ikke sendes inn skal man kontakte det enkelte sykehus sin ledelse og påpeke at dette ikke blir sendt inn.

Der er en økende bruk av vårt register og de dataene som ligger der. Et tett samarbeid med Kaiser Permanente-gruppen, som har gitt flere artikler i både AJSM, i ACTA og i Journal of Bone and Joint Surgery.

Veien videre for Korsbåndregisteret er å sikre god kvalitet på datainnsamlingen og holde dekningsgraden høy. Utviklingen av det elektroniske skjemaet kan bedre dette noe. I tillegg jobber vi målrettet med å øke antall skjemaer innsendt for de som tidligere er operert for ACL/PCL skader. I det kommende året vil det komme flere doktorgrader fra registeret. Vi vil fortsette å samarbeide med de Skandinaviske registrene og andre registre i verden for å kunne samarbeide om ulike forskningsprosjekter.

# Summary in English

## 2. Registerbeskrivelse

### 2.1 Bakgrunn og formål

#### 2.1.1 Bakgrunn for registeret

Etablert i 2004 for å oppdage prosedyrer og/eller utstyr med dårligere kvalitet og for tidlig svikt av fiksasjonsutstyr, og for å gi kunnskap om epidemiologi.

#### 2.1.2 Registerets formål

Formålet er som beskrevet under pkt. 2.1.1

### 2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Konsesjon fra Datatilsynet, datert 17.8.2004 med endring av konsesjonsvilkår datert 19.4.12. Samtykkeerklæring/informasjonskriv datert 19.12.11.

### 2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Registeransvarlig er Håvard Visnes, mens professor Lars Engebretsen er leder i Styringsgruppen og dataansvarlig er Helse Bergen ved direktør.

#### 2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Professor Lars Engebretsen (Styreleder), Ortopedisk senter, Oslo universitetssykehus, Senter for idrettsskadeforskning og Norges idrettshøgskole, International Olympic Committee, Lausanne, Switzerland  
Lege (LIS) Håvard Visnes, Ortopedisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus  
Professor Jon Olav Drogset, Ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital Universitetssykehuset i Trondheim  
Seksjonsoverlege Stig Heir, Kne- og skulderseksjonen, Martina Hansens Hospital

## 3. Resultater

Oppsummering av de viktigste vitenskapelige funn siste år finnes i vår publikasjonsliste i årsrapport for Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, juni 2017 (<http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2017.pdf>) og på registerets hjemmeside <http://nrlweb.ihelse.net/>

I 2016 er det registrert 1825 primære korsbånd i korsbåndregisteret. Fordelingen på disse er jevnt fordelt med private og offentlige sykehus. Det er også verd å merke

seg at det er 20 sykehus som opererer færre enn 10 stk. pr år i 2016. Om dette er ønskelig kan selvsagt diskuteres. Se figur 1 for detaljer om det enkelte sykehus. Antall opererte er veldig stabilt fra år til år. Antall dagkirurgi opererte er betydelig økt siden oppstarten i 2004. I 2016 ble ca. 71 % operert som dagkirurgi. Peroperative komplikasjonene gikk ned fra 3.0 % i 2015 til 2.3 % i 2016. Dette tilsvarer i overkant av 40 operasjoner.

Som tidligere er det vridningsidrettene som håndball og fotball som står for det største volumet av nye pasienter. Tallet må sees i sammenheng med at disse idrettene også er de største i Norge. Alpin inklusiv freestyle, snowboard, slopestyle og twintip er også ofte aktivitet med fare for korsbåndskader. Av rapporten kommer det fram at en stor del som blir operert er under 20 år. Innen idretter som håndball og fotball så er det flere jenter enn gutter som får korsbåndskader og som opereres. Nyere data viser imidlertid at denne forskjellen foreligger fra 16 til 20 år, deretter er det ingen kjønnsforskjeller. Unge jenter som spiller håndball og er under 18 år får oftere reruptur og ruptur i det andre kneet og det er all mulig grunn til å informere mye og drive forebygging i disse gruppene. Forebygging og informasjon og ikke minst å starte opp med forebyggende trening er viktig at starte i ung alder. Twintip var den vanligste aktiviteten blant barn under 12 år med korsbåndskade. Se figur 2 for detaljer.

Pasienter som blir operert fyller ut PROM data før operasjonen og får oppfølging etter 2, 5 og 10 år. Pasientene får et KOOS skjema til utfylling på sykehuset før operasjonen og sendt hjem til seg etter operasjonen. Se figur 3 for detaljer rundt dette. Dette gir gode muligheter for å sammenligne resultatene fra ulike kirurgiske teknikker. Resultatene fra bruken av PROM data har blant annet endret kirurgene sin behandling av tilfeldig oppdaget bruskskader under en primær rekonstruksjon. Registeret samler inn data om andre ledsagende skader. I tillegg blir data om antibiotika og tromboseprofylakse samlet inn. Nær 100 % bruker antibiotikaprofylakse. 80 % ga tromboseprofylakse i 2016 (for å hindre blodpropp).

Oversikten over graftvalg viser en fortsatt økning av patellarsenegraft. Dette har skjedd etter flere gode registerstudier av Andreas Persson og Tone Gifstad de siste årene. Trenden har endret seg betydelig siden 2011 da 79 % prosent fikk hamstringsgraft. Andelen nå i 2016 er nede i 34 % (se figur 4). Vi kan derfor trygt si at resultatene fra vårt register blir lest og tatt til følge, og får konsekvenser i den praktiske hverdagen for korsbåndkirurger. Se figur 4 for å se trenden av bruk av graft. (<http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2017.pdf>).

Det er viktig at korsbåndregisteret også registrerer data om det bakre korsbåndet. PCL – rupturer blir og hyppigere operert. Det kan skyldes Årøen og medarbeidere sin artikkel: «An isolated rupture of the posterior cruciate ligament results in reduced preoperative knee function in comparison with an anterior cruciate ligament injury.» Årøen A, Sivertsen EA, Owesen C, Engebretsen L, Granan LP. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.

Dekningsgraden for utfylling til korsbåndregisteret er avhengig av gode rutiner. Vi



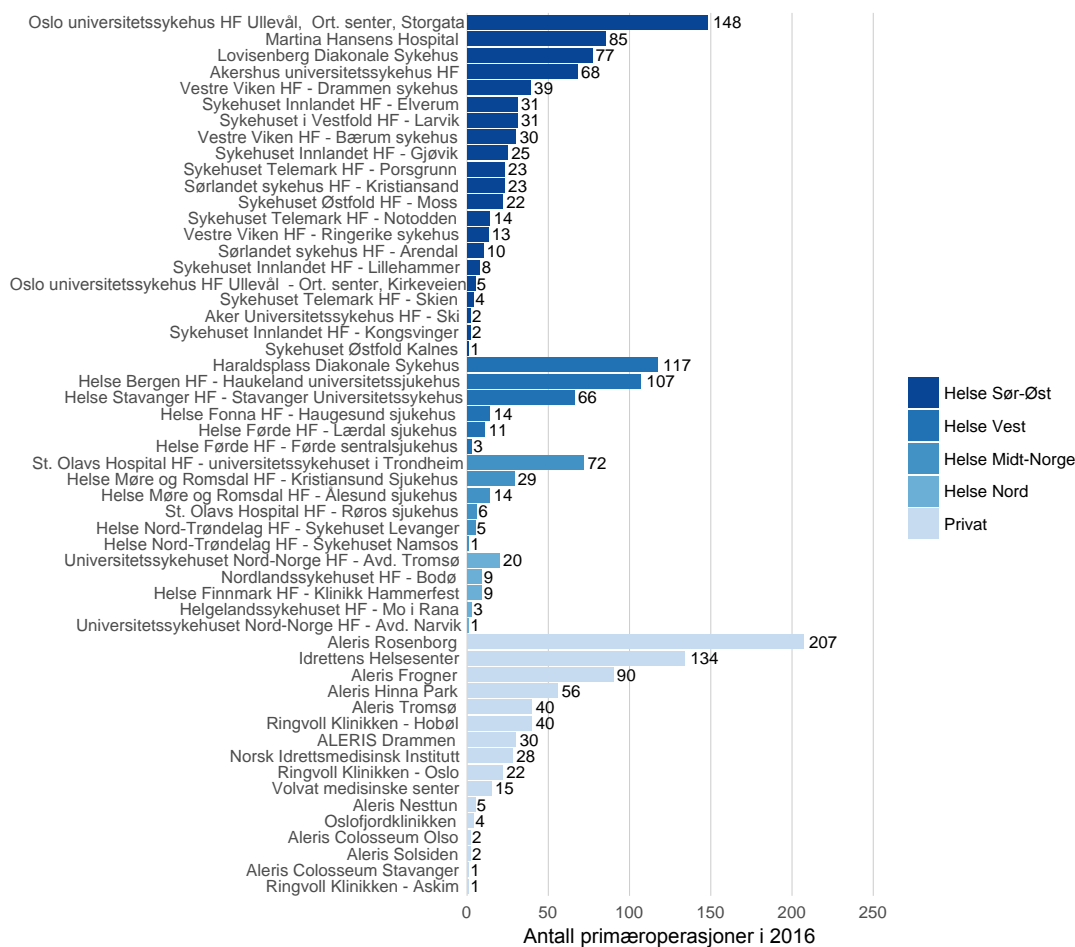
ser at de 4 sykehusene som opererer mest også har best dekningsgrad. Se figur 5 for detaljer rundt det enkelte sykehus. Dekningsgraden for revisjoner får vi ikke. Årsaken til dette er at prosedyrekoden for rekonstruksjon og revisjon er den samme. Derfor er det kun korsbåndregisteret som kan få oversikt over revisjoner og ikke NPR. Når det gjelder «andre prosedyrer» er antallet skjemaer lavt, og det er nok underrapportering her, som man også ser i andre korsbåndregistre rundt omkring i verden. Dette gjelder altså operasjoner som gjøres på pasienter som er tidligere ACL eller PCL rekonstruert. For eksempel fjerning av «hardware», artroskopier på grunn av infeksjon, smerter, meniskskader etc. Dette skal meldes på vanlig skjema og sendes til korsbåndregisteret.

Revisjoner blir gjort når det opererte korsbåndet ikke lengre fungerer. I 2016 var traumer og svikt av graft de hyppigste årsaker til revisjoner. Revisjoner utgjør ca. 9 % av korsbåndkirurgien. Fra 2011 en lett økning av antall revisjoner fra 8,1 til 9 %. Etter 8 år har i snitt 94 % sitt rekonstruerte korsbånd i behold. Detaljer rundt revisjonskirurgi varierer mye fra det enkelte sykehus og dekningsgraden er ikke like bra. Se figur 6 og 7 for detaljer. Tall fra registeret med økte revisjoner på korsbåndopererte med hamstringsgraft har gjort at flere har blitt opererte med patellarsenegraft de siste årene.

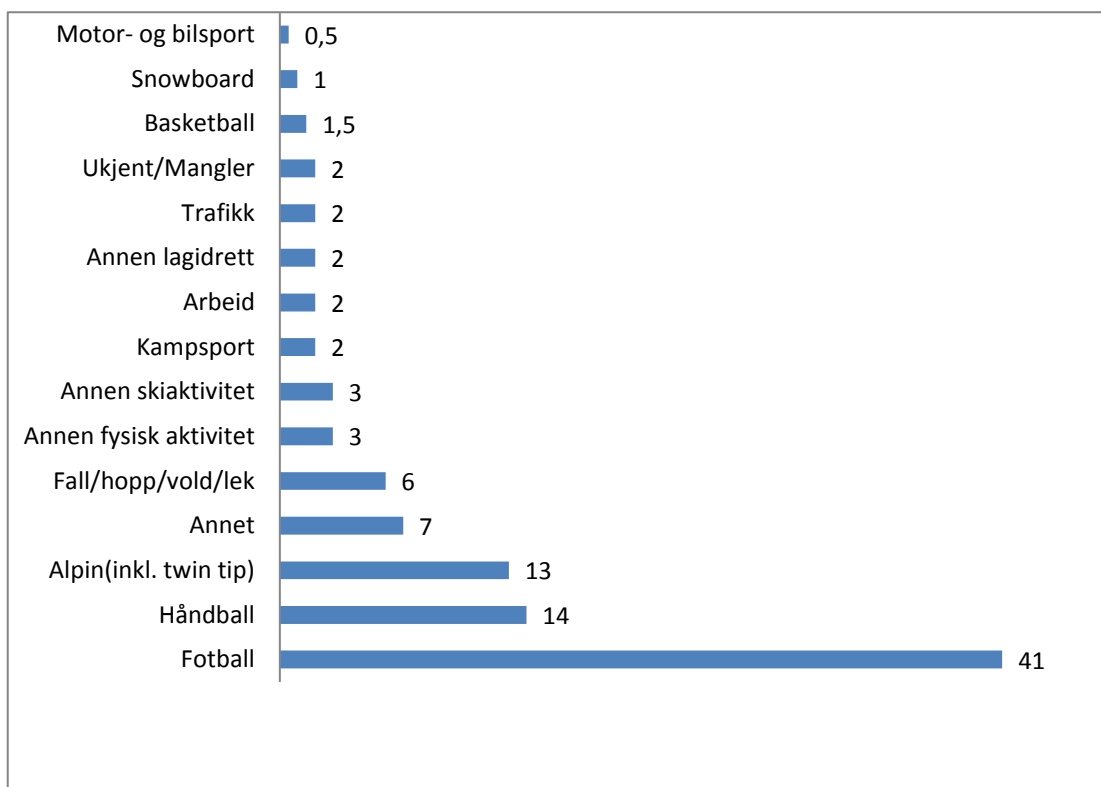
Endringer av skjemaet kommer med jevne mellomrom. Dette blir mye lettere når de elektroniske skjemaene tas i bruk. Endringer er nødt for å komme. Dels på grunn av endrede teknikker som er interessante å ha med. F.eks. har vi ikke med quadriceps autograft som er brukt av flere. «All inside» teknikken kan være interessant å ha med. Vi ser og etterhvert revisjoner av revisjon som vi og må få med på et sett. Nye fiksasjonsmetoder kommer jevnlig fra industrien.

Styringsgruppen for korsbåndregisteret vil fortsatt oppfordre norske ortopeder til å bruke registeret til studier. Forespørselen vil bli behandlet av Styringsgruppen raskt. Vi ønsker også at resultatene skal være tilgjengelige for offentligheten og vil være behjelpelig med kommentarer til de forskjellige resultatene.

**Figur 1: Antall primære korsbåndoperasjoner i 2016. Det er registrert 1825 totalt.**

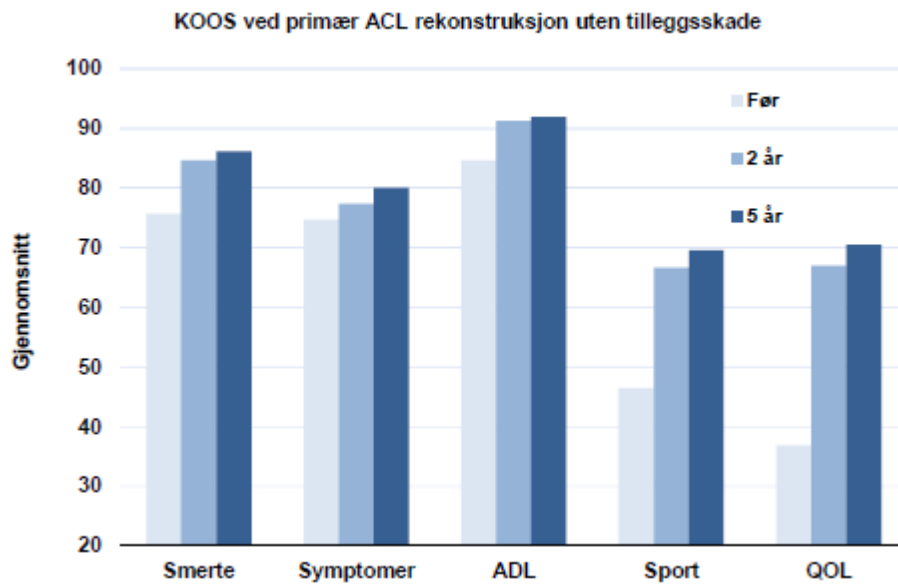


**Figur 2: Aktivitet ved skade primær rekonstruksjon i 2016 (prosentandel)**

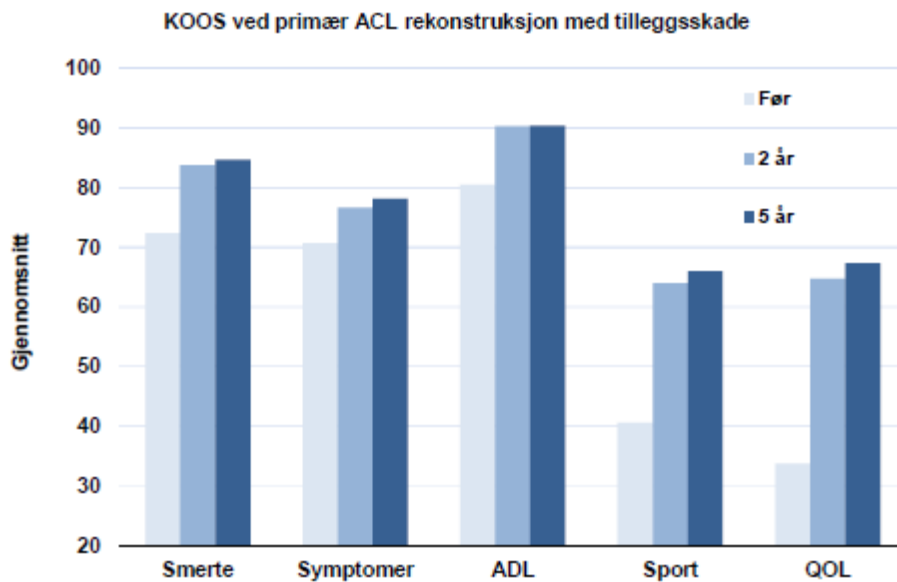


Figuren viser andeler for aktivitet ved skade for primæroperasjoner i 2016. Fotballspilling utgjør mer enn 40 % av korsbåndskadene. Samlet utgjør skiaktivitet 17 %, mens håndball står for 14 % av skadene.

**Figur 3:** KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score)

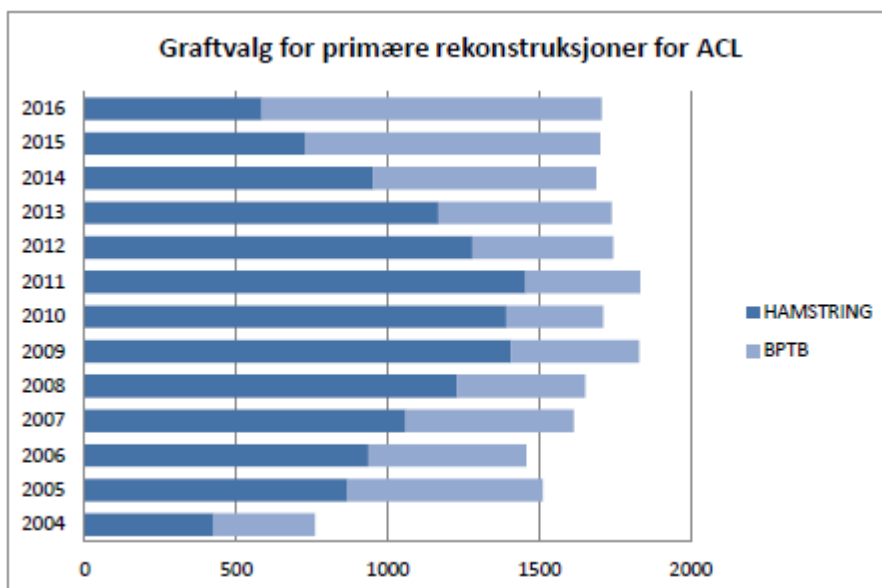


KOOS ved primær rekonstruksjon uten andre ligament-, menisk- eller bruskskader.



KOOS ved primær rekonstruksjon med andre ligament-, menisk- eller bruskskader.

**Figur 4:** Bruken av patellarsenegraft har økt til fordel for hamstringsegnegraft siden 2011.

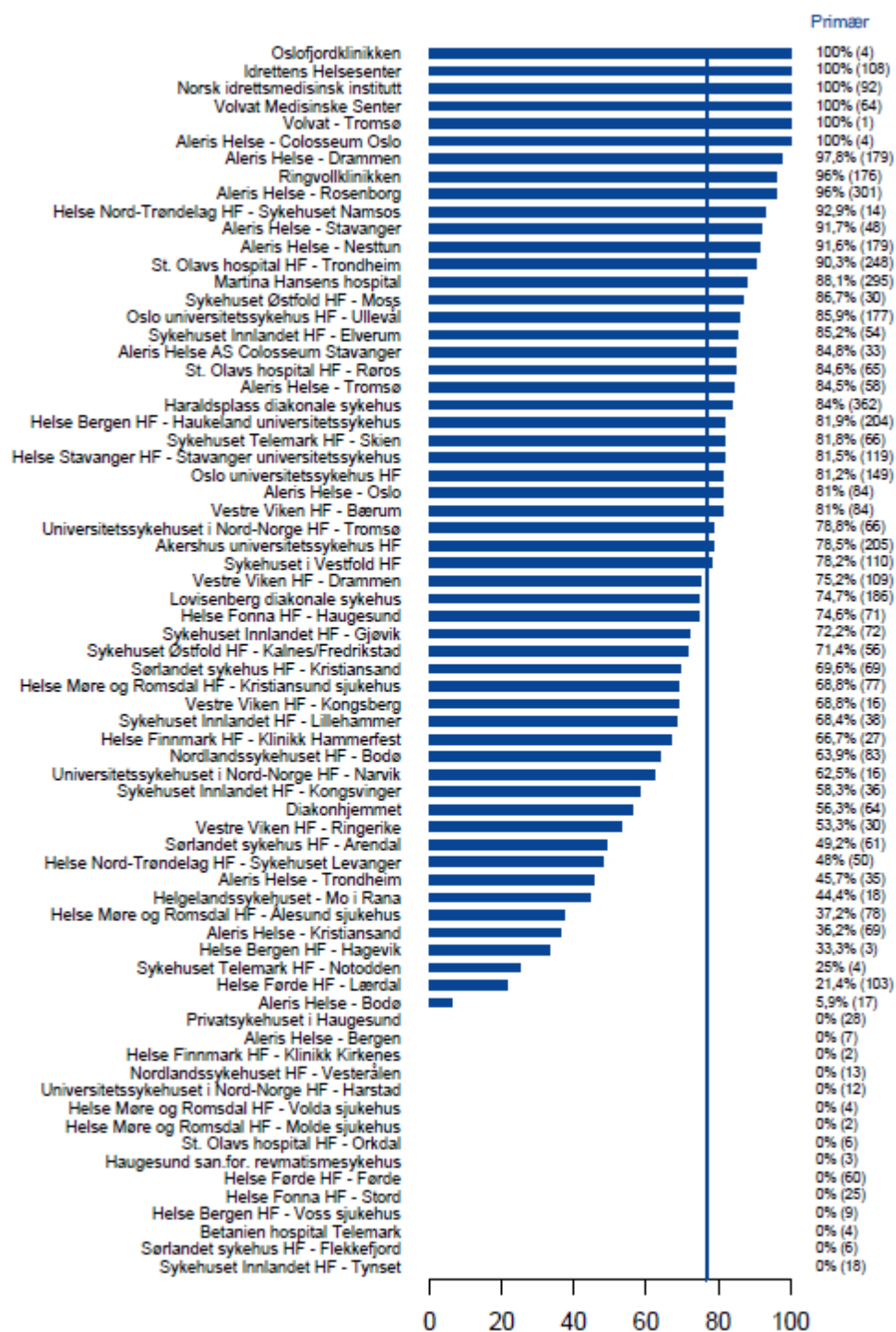


En norsk og en skandinavisk studie viser begge lavere risikoer for revisjonsoperasjoner ved bruk av patellarsenegraft (BPTB) enn ved hamstringsegnegraft. Begge studiene benytter data fra Nasjonalt Korsbåndregister. Dette har ført til en endring av prosedyrene her i landet til at flere nå bruker BPTB.

1 Gifstad T et al. Lower risk of revision with patellar tendon autografts compared with hamstrings autografts: a registry study based on 45,998 primary ACL reconstructions in Scandinavia. *Am J Sports Med* 2014 Oct;42(10):2319-28.

2 Persson A et al. Increased risk of revision with hamstrings grafts compared with patellar tendongrafts after anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med* 2015 Sep;43(9):2182-8.

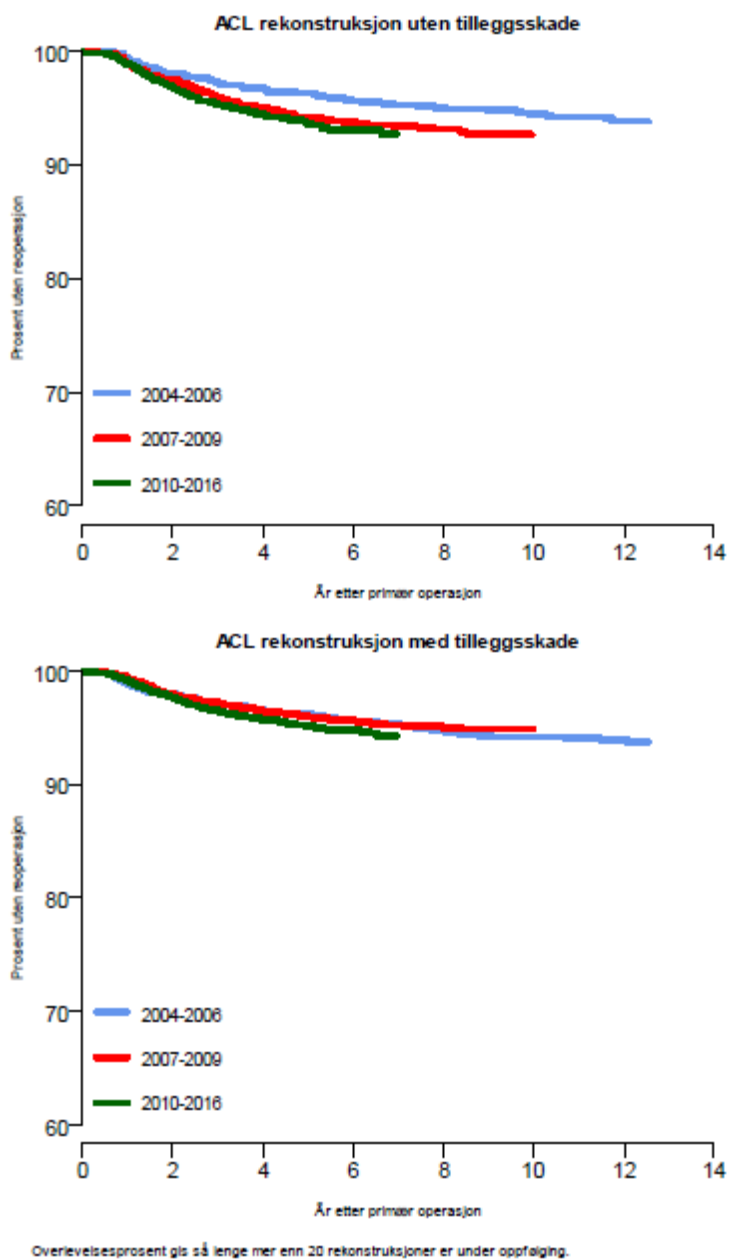
Figur 5: Figuren viser dekningsgrad for alle sykehus som opererer korsbånd i Norge



Figuren viser dekningsgrad for alle sykehus som opererer korsbånd i Norge. Dekningsgraden er beregnet for perioden 2013-14. De 4 sykehusene/klinikkene med størst volum ligger over landsgjennomsnittet. Målsetning er å få dekningsgraden opp mot 90 % på landsbasis. Vi regner med at dekningsgraden vil

øke når vi kommer i gang med elektronisk registrering for alvor. I mellomtiden vurderer vi andre tiltak som å sende brev til alle sykehus med lav (under 90 %) dekningsgrad.

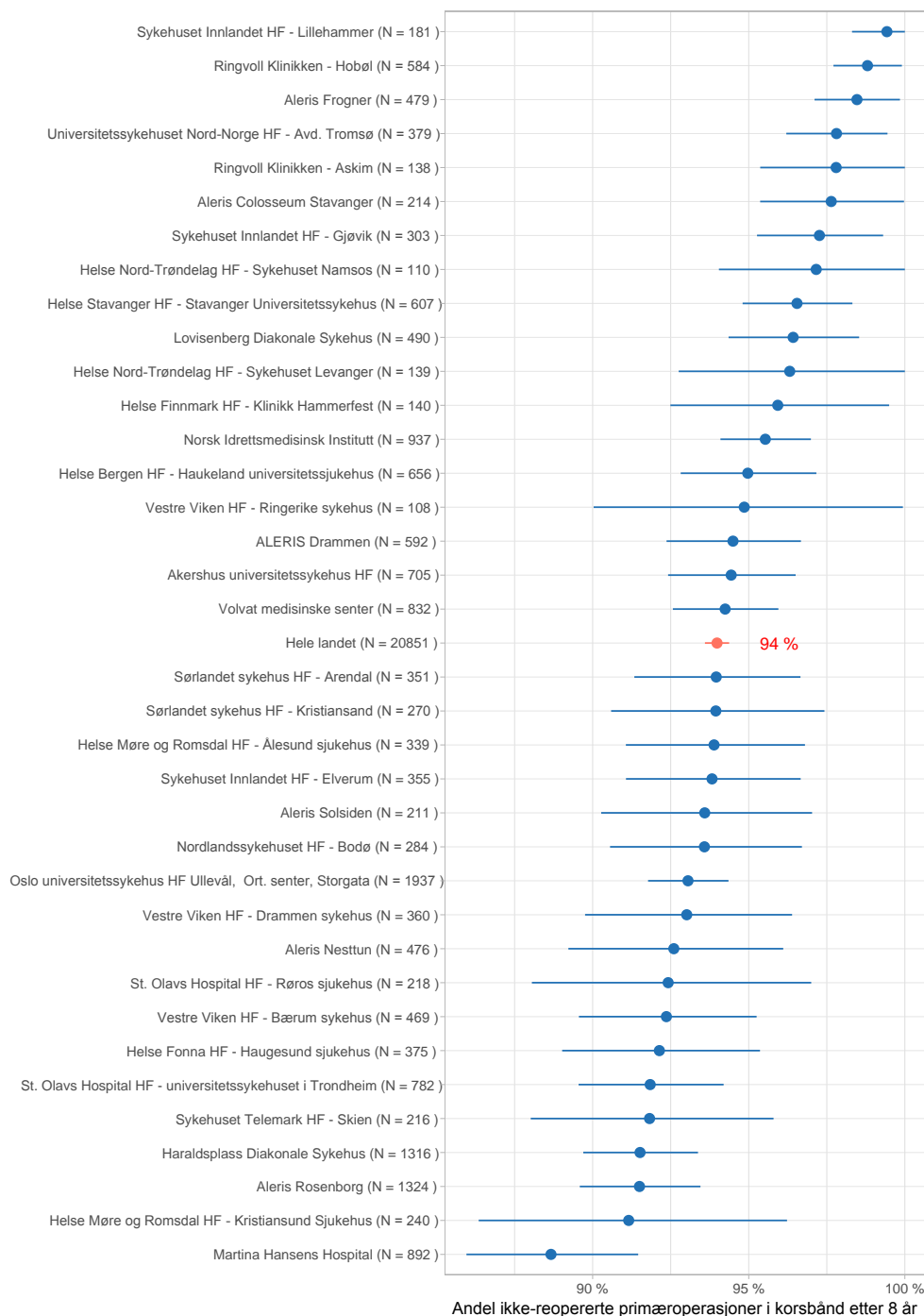
**Figur 6:** Overlevelseskurver for korsbåndoperasjoner



Figurene viser overlevelse for korsbåndrekonstruksjoner uten og med andre ligament-, menisk- eller bruskskader. Vi sammenligner resultatene for tre tidsperioder. Overlevelsesprosent gis så lenge minst 20 rekonstruksjoner er under oppfølging.



**Figur 7: Andel ikke-reopererte primæroparasjoner av korsbånd etter 8 år**



Figuren viser overlevelse av korsbåndoperasjoner ved sykehus i Norge. Det måles andel ikke-reopererte primære rekonstruksjoner etter 8 år uansett alder, aktivitet ved skade og tilleggsskader. Overlevelsesprosent etter 8 år for alle førstegangs fremre korsbåndoperasjoner (inkludert tilleggsskader) operert på sykehus i Norge. Vi har tatt med operasjoner fra 2004-2016, fra sykehus med mer enn 50 operasjoner i denne perioden. Kaplan-Meier metoden med 95 % konfidensintervall er brukt. Vi oppgir den ujusterte prosenten for primære korsbåndoperasjoner. Endepunktet er første revisjonsoperasjon. Kun sykehus som opererte i 2016 er tatt med.

## Tolkning av resultater

Slike resultater må tolkes med forsiktighet. Det kan være vanskelig av og til å si med sikkerhet hva årsaken til revisjon kan være. Prosedyrekodene for primær rekonstruksjon og revisjon er lik, slik at man ikke får dekningsgraden for revisjoner.

1. Dersom noen sykehus er mer nøyaktige med å rapportere sine reoperasjoner til registeret enn andre, vil de feilaktig kunne få dårlige resultater i analysene.
2. Hvis kirurgene på et sykehus er mer påpasselige med å ta pasientene inn til kontroll enn på andre sykehus, og dermed oppdager flere komplikasjoner, vil dette kunne slå uheldig ut på kurvene til tross for at dette sykehuset da i virkeligheten gjør en bedre jobb enn andre sykehus.
3. Dersom ventetiden før reoperasjoner er lengre på noen sykehus enn på andre sykehus, vil den lange ventetiden kunne gi falskt gode resultater sammenlignet med sykehus med kort ventetid.
4. Dersom kirurgene på et sykehus har høyere terskel for å tilråde reoperasjon enn på andre sykehus og lar pasientene gå lengre med problemer og plager enn på andre sykehus, vil dette også gi falskt gode resultater i statistikken.
5. Dårlige sykehusresultater fra tidligere tider vil henge ved sykehuset for ettertiden selv om sykehuset kan ha tatt konsekvensen av tidligere problemer ved å skifte til bedre fiksasjonsmetoder og har forbedret rutiner og operasjonsteknisk kompetanse.

Dekningsgradanalysene viser hvor stor andel av sine primæroperasjoner de forskjellige sykehusene har rapportert til NPR. Fordi det ikke finnes egne koder for revisjonsoperasjon for korsbåndoperasjon i NPR kan vi ikke beregne dekningsgraden for revisjonsoperasjoner til Korsbåndregisteret. Når det gjelder «andre prosedyrer» er dette vanskelig å få korrekte tall på.

## Rangering av sykehus

Det er en statistisk usikkerhet ved rangeringslister fordi Korsbåndregisterets data egner seg dårlig for slike beregninger. Registeret ble laget for å sammenligne resultater av implantater og operasjonsteknikker på landsbasis. Sammenligning av kvalitet på sykehus er komplekst pga. at noen sykehus opererer flere pasienter med dårlig prognose enn andre sykehus, og fordi mange sykehus, særlig de små, har så få operasjoner/reoperasjoner at styrken i statistikken uansett blir for svak.

Det er dessuten et kjent fenomen i kvalitetssikringsarbeid at hvis de som rapporterer sine komplikasjoner og feil henges ut, så blir rapporteringen dårlig. Ved offentliggjøring av rankinglister for sykehus er det derfor en fare for at sykehusenes rapportering av revisjoner kan bli dårligere slik at kvaliteten på registrene svekkes. For å få til komplett rapportering av reoperasjoner (revisjoner) bør derfor rapportering til registeret kobles til innsatsstyrt finansiering, rapporteringen bør

gjøres lovpålagt, og kravet om pasientenes skriftlige samtykke til å rapportere operasjonen til registeret bør oppheves og erstattes med antatt samtykke. Dette jobbes det fortsatt med – og det kan se ut som man får en løsning på dette.

## 4. Metoder for fangst av data

Registeret er pr i dag basert på innsending av papirskjema. Der har vært tilbud om innsending av KOOS-skjema (PROM-data) på et Web-basert skjema. Dette fungerte ikke optimalt, så vi måtte dessverre terminere dette tilbudet. Men det jobbes videre med MRS systemet for å få et elektronisk basert KOOS-skjema.

MRS (medisinsk web-basert registreringssystem) har nå ferdiglaget og validert et elektronisk skjema som kirurgen skal sende inn. Dette er tatt i bruk på Haukeland Universitetssykehus (HUS) – og fungerer i dag tilfredsstillende. På Ullevål er de i gang med en pilotstudie med å inkludere ikke-opererte korsbåndskader. Disse bruker også det samme elektroniske skjemaet som Haukeland. I neste omgang vil systemet tas i bruk ved Haralds plass Diakonale sykehus (HDS).

Det arbeides kontinuerlig med å gjøre autentiseringen for den enkelte kirurg lettere når skjemaet skal sendes elektronisk. Kirurgens eget ID-kort med en chip kan gjøre dette lettere. Det er et tilsvarende system som brukes ved e-resept ordningen. Det ser ut til at dette er en god mulighet.

## 5. Metodisk kvalitet

### 5.1 Antall registreringer

Årets rapport inneholder data for 21446 primær rekonstruksjoner, 2069 revisjonskonstruksjoner og 1561 hvor kun andre prosedyrer er rapportert. Se tabell 1 og figur 1 og 2 i årsrapport (<http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2017.pdf>).

### 5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Dekningsgrad for primære ACL for perioden 2013-2014 er 76,7 %. Dekningsgrader beregnes i samarbeid med NPR. Resultater for alle sykehus for perioden 2013-2014 presenteres i egen figur i kapittel 3. Der er og et forskningsprosjekt ved ortopedisk avdeling HUS som sammenligner registreringene i NPR, Orbit (operasjonsplanleggingsprogrammet) og de enkelte kvalitetsregistrene for å få sikrere beregning av dekningsgraden.

### 5.3 Tilslutning

Vi anser at vi har tilnærmet 100 % dekningsgrad på institusjonsnivå. Nesten alle sykehus i Norge som opererer korsbånd rapporterer til oss. Norsk ortopedisk forening (Nof) har et «faglig eierskap» til dataene som sendes inn. Det er viktig å understreke dette for å kunne opprettholde det gode forholdet til de enkelte ortopediske kirurgene. Det er nå et krav fra HOD i bestillingsdokumentet til de enkelte HF at det skal sendes inn skjema til de nasjonale kvalitetsregistrene. Dette er altså ikke frivillig. Den tidligere oppfatningen om at Nof var eier av de ortopediske kvalitetsregistrene er ikke lenger riktig.

### 5.4 Dekningsgrad

Det er ikke et krav at den enkelte kirurg skal underskrive med sitt navn. Dekningsgrad på individnivå og offentliggjøring av resultater på individnivå diskuteres i det faglige miljøet. Her er en rekke faktorer som spiller inn, og en rekke fordeler og ulemper. Pr i dag må man si at det ikke er modent for offentliggjøring av resultater på individnivå.

Dekningsgrad på institusjonsnivå vises i figur i kapittel 3.

### 5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Internkontroll er systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktiviteten utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene er beskrevet i registerprotokollen.

### 5.6 Metode for validering av data i registeret

Sykehusvise rapporter sendes kontaktperson ved aktuelle sykehus. Hvert sykehus går gjennom sine resultater og data. Dette gir en kontroll av data både for hvert

enkelt sykehus og for våre data. Også private institusjoner får tilsvarende rapporter.

## 5.7 Vurdering av datakvalitet

Publiserte studier på datakvalitet; "The Norwegian Cruciate Ligament Registry has a high degree of completeness". Ytterstad K, Granan LP, Engebretsen L. Tidsskr. Nor. Leageforen. 2011 Feb 4; 131(3):248-50 og «Registration rate in the Norwegian Cruciate Ligament Register: large-volume hospitals perform better». Ytterstad K, Granan LP, Ytterstad B, Steindal K, Fjeldsgaard KA, Furnes O, Engebretsen L. Acta Orthop. 2012 Apr; 83(2):174-8.

# 6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

## 6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Korsbåndregisteret inkluderer pasienter som har et avrevet fremre og /eller bakre korsbånd og som blir operert for dette. Det kan dreie seg om akutte skader – f.eks. multiligamentskader (kan være at kneet har vært ute av stilling og begge korsbåndene sammen med et sideligament har røket). Her kan diagnosekodene på disse ferske skadene være f.eks.: S83.5 og S83.7. Eller det kan være kroniske skader, det vil si at et av korsbåndene har røket. Så ønsker man å forsøke trening først for å se om dette er tilfredsstillende. Dersom dette ikke fungerer – og pasient fortsatt har svikt i sitt kne så kan det være indikasjon for en rekonstruksjon av et av korsbåndene. Diagnosekodene da blir M23.51 eller M23.52. Hoved indikasjonen for rekonstruksjon av fremre korsbånd (ACL-Anterior Cruciate Ligament) eller bakre korsbånd (PCL-Posterior Cruciate Ligament) er at kneet svikter ved forskjellige aktiviteter, eller i en hverdagssituasjon eller arbeidssituasjon. Prosedyrekodene da er stort sett NGE 45, NGE 46, NGE 55, NGE 56, NGE 25 og NGE 26.

I tillegg inkluderes alle kneoperasjoner som tidligere er operert med rekonstruksjon av et korsbånd. F. eks dersom man gjør en artroskopi (kikkhullsoperasjon) og f.eks. fjerner en menisk på et senere tidspunkt, skal man sende inn «korsbåndskjemaet» og fylle ut i skjemaet under «andre prosedyrer» hva som gjøres. Diagnosekodene her kan nok variere en del. T93.3 er følger etter korsbåndskader. M-diagnosene er alt fra 25.5 knesmerter, M23.2 meniskskader, M 23.4 fritt legeme i kne og M23.9 uspesifisert knelidelse.

Dessverre er der ikke prosedyrekoder som kan skille en primær rekonstruksjon av korsbånd og en revisjon/reoperasjon av et korsbånd. Men registerskjemaet skiller dette helt tydelig.

Vi jobber med å få med de korsbåndskadene som ikke blir operert (ca. halvparten – regner man med blir operert). Vi ønsker også etter hvert å få med på skjemaet de

som har kneet ut av ledd og som har flere ligamentsskader. En forutsetning i dag for at disse blir med i databasen er at enten fremre eller bakre korsbånd blir operert. En studie begynner høsten 2016 for å se på de pasientene som ikke blir operert for sitt avrevete fremre/bakre korsbånd, og fulgt framover.

## **6.2 Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer**

Vi publiserer operasjonsresultater og revisjons data for korsbåndoperasjoner, KOOS data etter 2, 5 og etter 10 år. Overlevelsesanalyser gjøres etter Kaplan-Meier metoden for å finne holdbarhet av implantatene. Vi justerer for blant annet alder og kjønn ved hjelp av Cox- multippel regresjon, og vi sammenligner risiko for operasjon ved forskjellige operasjonsmetoder og fiksasjonsmetoder.

Vi samler inn KOOS preoperativt og 2, 5 og 10 år postoperativt.

## **6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)**

Det sendes ut KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score skjema) til pasienter som er fulgt i 2, 5 og 10 år. KOOS – skjemaet fylles og ut før den første operasjonen, så sant pasienten ikke blir operert som øyeblikkelig hjelp ved akutte skader, f.eks. multiligamentskader eller samtidig større meniskskader.

## **6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse**

Vi har data som kjønn, alder, bosted (kommune) i vårt register. Vi registrerer også pasientenes høyde, vekt samt om de bruker røyk og/eller snus (nei, av og til, daglig). Vi har altså data som kan sammenligne private sykehus/offentlige sykehus, sentrale sykehus/perifere sykehus og de som opererer store volum mot de som opererer små volum. Vi har ikke data som går på yrke/inntekt.

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

Vi arbeider med å lage retningslinjer med tanke på pre- og postoperativ rehabilitering. Målet er best mulig livskvalitet og funksjon samt færrest mulig svikt av graft eller implantat. Her har flere artikler fra «korsbåndregisteret» påvirket nasjonale og internasjonale rutiner (økende bruk av patellarsenegraft).

## **6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer**

Vi driver kontinuerlig kvalitetsforberedende tiltak. Dette gjøres gjennom utarbeiding av sykehusrapportene som hvert sykehus mottar. Også private institusjoner får disse rapportene. Vi har fått inn i kravspesifikasjonen til Helse Sør-Øst ved kjøp av private ortopediske kneoperasjoner at skjema til korsbåndregisteret skal sendes inn.

## **6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder**

Både nasjonalt og internasjonalt var det en dreining mot å bruke mer hamstringsgraft. Vi har overvåket om dette var en negativ utvikling og har i 2014 publiserte data som viser at revisjonsraten for hamstringsgraft er dobbelt så stor som patellarsenegraft.

I 2014 konkluderte Korsbåndregisteret med at flere hamstrings enn patellarsenerekonstruksjoner ble revidert. Det samme ble publisert fra Kaiser gruppen som også hadde en høy revisjonsprosent på allograftrekonstruksjoner. Tilsvarende er publisert med data fra det norske, svenske og danske korsbåndregisteret. Etter at det norske korsbåndregisteret publiserte disse dataene har rutineene endret seg i retning av øket bruk av patellarsenegraft. Tendensen til økt bruk av patellarsenegraft økte også i 2016.

## **6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret**

Registerets ledelse har oppfordret ortopedene til å bruke mer patellarsenegraft. Vi er i gang med studier som også vil gi anbefalinger for bruk av fiksasjonsmetoder. Hvert sykehus får opplyst sin revisjonsrate og blir kontaktet av registeret for samtaler dersom denne er høyere enn forventet.

## **6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)**

Både nasjonalt og internasjonalt har det vært en dreining mot å bruke mer hamstringsgraft. Vi har overvåket om dette er en negativ utvikling og har publiserte data som viser at revisjonsraten for hamstringsgraft er dobbelt så stor som patellarsenegraft.

Etter dette er det en klar dreining mot mer bruk av patellarsenegraft siste årene, og denne tendensen fortsatt i 2015.

## **6.10 Pasientsikkerhet**

Det har ikke vært registrert spesielle komplikasjonshendelser utover det som er forventet. Det understrekes at det er et krav med samtykkeerklæring fra pasienten.



## 7. Formidling av resultater

Oppsummering av de viktigste vitenskapelige funn siste år finnes i vår publikasjonsliste i registerets egen årsrapport og på registerets hjemmeside <http://nrlweb.ihelse.net/>.

Registerets årsrapport gir vesentlig deskriptiv statistikk. Resultater offentliggjør vi hovedsakelig i vitenskapelige artikler og foredrag hvor vi redegjør for materiale og metode og diskuterer svakhet og styrke ved metoden, samt betydningen av funnene (<http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2017.pdf>).

### 7.1 Resultater tilbake til deltagende fagmiljø

Registerets årsrapport sendes ut både i papirversjon og elektronisk. Alle medlemmer av Norsk ortopedisk forening får denne årsrapporten elektronisk. Hvert år på Ortopedisk høstmøte er det et eget symposium over et aktuelt tema fra korsbåndregisteret.

Rapporter med sykehusvise resultater sendes til vår kontaktperson på hvert enkelt sykehus. Der får sykehusene deskriptiv statistikk på alle operasjonstyper for korsbånd som har vært gjort ved sykehuset og egne resultater som også sammenligne med landsgjennomsnittet. De sykehusvise rapportene sendes også til sykehusdirektørene.

Registerets egen årsrapport legges ut på nettsiden vår: <http://nrlweb.ihelse.net/>.

### 7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Registerets årsrapport (papirbasert) sendes direktør, sykehusledelsen og styret i Helse Bergen, direktør og fagdirektør i Helse Vest samt til helsemyndighetene. En elektronisk versjon av årsrapporten og den sykehusvise årsrapporten sendes også til direktørene ved alle Helseforetak i Norge

### 7.3 Resultater til pasienter

Registerets årsrapport er tilgjengelig på vår nettside: (<http://nrlweb.ihelse.net/>). Der er også egne sider med informasjon til pasienter. Denne rapporten som er tilpasset pasientene er tilgjengelig via nettsiden til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre <https://www.kvalitetsregistre.no/>

Alle vitenskapelige artikler som er publisert i open access tidsskrifter er tilgjengelig fra vår nettside. Publiserte artikler kan også finnes på PubMed og Google scholar.

## **7.4 Publisering av resultater på institusjonsnivå**

Vi offentliggjør nå resultater på institusjonsnivå. Alle rapporterende institusjoner får tilsendt sine resultater årlig. Resultatene på institusjonsnivå er tilgjengelig på hjemmesiden. Vi oppfordrer kontaktpersonene om å kontrollere at de registrerte tallene fra de respektive sykehusene er korrekte og til å bruke rapportene til forbedringsarbeid lokalt.

Det er et ønske om å justere registerets egen årsrapport slik at den blir bedre klinisk rettet. Registeret oppfordrer og inviterer ortopedene til å komme med forslag til studier de ønsker å få gjennomført. Det ønskes en tettere oppfølging av kontaktpersonene ved de ulike sykehusene.

## 8. Samarbeid og forskning

### 8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

Prosjektsamarbeid med Kaiser Permanente (USA) for å forsøke å forenkle web-registreringen med håp om bedre oppslutning.

Sammen med Kaiser Permanente (USA) arbeider vi for å opprette et felles internasjonalt korsbåndregister. Vi samarbeider også tett med det svenske og det danske korsbåndregisteret.

ESSKA (den store Europeiske faglige organisasjonen for denne type kirurgi) har fått en 3-årig bevilgning for å starte et europeisk register for barnekorsbånd etter norsk initiativ.

### 8.2 Vitenskapelige arbeider

Se publikasjonslisten (vedlegg). Det er publisert 4 vitenskapelig artikler basert på data fra Korsbåndregisteret siste året.

1. Røtterud JH, Sivertsen EA, Forssblad M, Engebretsen L, Årøen A. Effect on patient-reported outcomes of debridement or microfracture of concomitant full-thickness cartilage lesions in anterior cruciate ligament-reconstructed knees: A nationwide cohort study from Norway and Sweden of 357 patients with 2-year follow-up. *Am J Sports Med.* 2016 Feb;44(2):337-44
2. Moksnes H, Engebretsen L, Seil R. The ESSKA paediatric anterior cruciate ligament monitoring initiative. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 Mar;24(3):680-7.
3. Ulstein S, Bredland K, Årøen A, Engebretsen L, Røtterud JH. No negative effect on patient-reported outcome of concomitant cartilage lesions 5-9 years after ACL reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 May 19;25(5):1482-1488
4. Soreide E, Granan LP, Hjorthaug GA, Espehaug B, Dimmen S, Nordsletten L. The effect of limited perioperative nonsteroidal anti-inflammatory drugs on patients undergoing anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med.* 2016 Dec;44(12):3111-3118.

### 9. Forbedringstiltak

*[Basert på beskrevet status og evaluering av registeret, beskriv de tiltak som er gjennomført inneværende år samt tiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår. Punktlisten under kan brukes som et utgangspunkt og hjelp til hva som kan inngå i en slik beskrivelse. For ytterligere forklaring av de ulike punktene, se respektive kapitler under Del I: [Årsrapport](#).]*

- Datafangst
  - Forbedring av metoder for fangst av data.
- Datakvalitet
  - Flere valideringsprosjekter samt samarbeid med Kaiser Permanente (USA) og de nordiske registrene.
  - Vurderer om skjemaet skal endres for å fa opp nye kirurgiske trender
- Dekningsgrad
  - Samarbeid med NPR om dekningsgradanalyser.
  - Tydeliggjøre hvem som er ansvarlig
- Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten
  - Vi arbeider for å lage retningslinjer med tanke på pre-postoperativ rehabilitering.
  - Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer.
  - Registrerende enheters etterlevelse av nasjonale retningslinjer.
- Formidling av resultater
  - Øke vitenskapelig produksjon.
    - I 2016 vil 2-3 personer disputere på bakgrunn av data fra registeret
  - Har utarbeidet rapport på institusjonsnivå.
  - Ønsker ytterligere offentliggjøring/formidling av resultater.
  - Vurdere mulighet for å gi den enkelte kirurg
- Samarbeid og forskning
  - Utvide samarbeidet med de nordiske landene og Kaiser Permanente (USA).
  - Flere nye forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet.
- Pasientrapportering, demografi og sosiale forhold
  - Diskutere muligheten for å inkludere flere demografiske variabler.
  - Utvide bruken av resultater basert på demografiske data.

- Datafangst
- Forbedring av metoder for fangst av data.
  - Datakvalitet
- Flere valideringsprosjekter samt samarbeid med Kaiser Permanente (USA) og de nordiske registrene.
  - Dekningsgrad
- Samarbeid med NPR om dekningsgradanalyser.
- Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten
- Vi arbeider for å lage retningslinjer med tanke på pre-postoperativ rehabilitering.
- Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer.
- Registrerende enheters etterlevelse av nasjonale retningslinjer.
- Formidling av resultater
- Øke vitenskapelig produksjon.
- Har utarbeidet rapport på institusjonsnivå.
- Ønsker ytterligere offentliggjøring/formidling av resultater.
- Samarbeid og forskning
- Utvide samarbeidet med de nordiske landene og Kaiser Permanente (USA).
- Flere nye forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet.
  - Pasientrapportering, demografi og sosiale forhold
- Diskutere muligheten for å inkludere flere demografiske variabler.
- Utvide bruken av resultater basert på demografiske data.

## Del III Stadiевurdering

### 10. Referanser til vurdering av stadium

[Oversikt over vurderingspunkter som legges til grunn for [stadieinndeling av registre](#) med referanser til relevant informasjon gitt i årsrapporten. Denne delen fylles ut og er ment som en hjelp til registeret og ekspertgruppen i vurdering av registeret. Stadium 1 er oppfylt når registeret har status som nasjonalt.]

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Korsbåndregisteret*

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei	Ikke aktuell
<b>Stadium 2</b>					
1	Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner	<a href="#">3</a> , <a href="#">5.3</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer resultater på nasjonalt nivå	<a href="#">3</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	<a href="#">5.2</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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	<a href="#">7.1</a> , <a href="#">7.2</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del <a href="#">II</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 3</b>					
6	Kan redegjøre for registerets datakvalitet	<a href="#">5.5</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Har beregnet dekningsgrad mot uavhengig datakilde	<a href="#">5.2</a> , <a href="#">5.3</a> , <a href="#">5.4</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Har dekningsgrad over 60 %	<a href="#">5.4</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte	<a href="#">7.1</a> , <a href="#">7.2</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

og nasjonale resultater

10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste nasjonale retningslinjer der disse finnes	<a href="#">6.6</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har identifisert kliniske forbedringsområder basert på analyser fra registeret	<a href="#">6.7</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Brukes til klinisk kvalitetsforbedringsarbeid	<a href="#">6.8, 6.9</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Resultater anvendes vitenskapelig	<a href="#">8.2</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer resultater for PROM/PREM	<a href="#">6.3</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del <a href="#">II</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Stadium 4**

16	Kan dokumentere registerets datakvalitet gjennom valideringsanalyser	<a href="#">5.6, 5.7</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Presenterer oppdatert dekningsgradsanalyse hvert 2. år	<a href="#">5.2, 5.3, 5.4</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Har dekningsgrad over 80 %	<a href="#">5.4</a>		x	<input type="checkbox"/>
19	Registrerende enheter har løpende (on-line) tilgang til oppdaterte egne og nasjonale resultater	<a href="#">7.1</a>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
20	Resultater fra registeret er tilpasset og tilgjengelig for pasienter	<a href="#">7.3</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kunne dokumentere at registeret har ført til kvalitetsforbedring/endret klinisk praksis	<a href="#">6.9</a>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>