

Norsk Demensregister Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak

MARIT NÅVIK; GEIR SELBÆK

[30.09.15]

Innhold

| | | |
|----------------|---|-----------|
| Del I | Årsrapport | 3 |
| 1. | Sammendrag | 3 |
| | Summary in English | 3 |
| 2. | Registerbeskrivelse | 4 |
| 2.1 | Bakgrunn og formål | 4 |
| 2.2 | Juridisk hjemmelsgrunnlag | 4 |
| 2.3 | Faglig ledelse og databehandlingsansvar | 5 |
| 3. | Resultater | 5 |
| 3.1 | Pasientpopulasjonen | 6 |
| 3.2 | Kognitiv funksjon | 7 |
| 3.3 | Nevropsykiatriske symptomer | 9 |
| 3.4 | Diagnoser | 10 |
| 4. | Metoder for fangst av data | 11 |
| 5. | Metodisk kvalitet | 12 |
| 5.1 | Antall registreringer | 12 |
| 5.2 | Metode for beregning av dekningsgrad | 13 |
| 5.3 | Dekningsgrad på institusjonsnivå | 13 |
| 5.4 | Dekningsgrad på individnivå | 14 |
| 5.5 | Metoder for intern sikring av datakvalitet | 14 |
| 5.6 | Metode for validering av data i registeret | 15 |
| 5.7 | Vurdering av datakvalitet | 15 |
| 6. | Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring | 15 |
| 6.1 | Pasientgruppe som omfattes av registeret | 15 |
| 6.2 | Registerets spesifikke kvalitetsmål | 15 |
| 6.3 | Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) | 16 |
| 6.4 | Sosiale og demografiske ulikheter i helse | 17 |
| 6.5 | Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, kvalitetsindikatorer o.l. | 17 |
| 6.6 | Etterlevelse av nasjonale retningslinjer | 17 |
| 6.7 | Identifisering av kliniske forbedringsområder | 17 |
| 6.8 | Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret | 18 |
| 6.9 | Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring | 18 |
| 6.10 | Pasientsikkerhet | 19 |
| 7. | Formidling av resultater | 19 |
| 7.1 | Resultater tilbake til deltakende fagmiljø | 19 |
| 7.2 | Resultater til administrasjon og ledelse | 19 |
| 7.3 | Resultater til pasienter | 19 |
| 7.4 | Offentliggjøring av resultater på institusjonsnivå | 19 |
| 8. | Samarbeid og forskning | 20 |
| 8.1 | Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre | 20 |
| 8.2 | Vitenskapelige arbeider | 20 |
| Del II | Plan for forbedringstiltak | 23 |
| 9. | Forbedringstiltak | 23 |
| Del III | Stadievurdering | 25 |

1. Sammendrag

Norsk demensregister er etablert som et kvalitets- og forskningsregister. Registeret har hatt status som nasjonalt kvalitetsregister for demens siden mars 2013. Pasienter som utredes for kognitive problemer ved poliklinikker i spesialisthelsetjenesten inkluderes i registeret.

Ved utgangen av 2014 deltok 16 poliklinikker, og data fra 3633 pasienter var registrert.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er ansvarlig for drift av registeret. Forskningssjef Geir Selbæk er prosjektansvarlig, Marit Nåvik er prosjektleder og Lisbeth Dyrendal Høgset er prosjektmedarbeider i registeret. Tjue studier har ved utgangen av 2014 mottatt data fra registeret.

Av kvalitetsforbedringstiltak for 2015 prioriteres øking av dekningsgrad gjennom inkludering av flere sentre og bedre inklusjon på hvert senter, kartlegging av elektronisk løsning for datafangst og ferdigstilling av revidert registersett og kontrollsett.

Summary in English

The Norwegian Dementia Registry was established to improve the quality of assessment and treatment of dementia at hospital polyclinics in Norway and became a national registry for dementia in 2013.

By the end of 2014 sixteen hospitals was participating in collecting data and 3633 patients were included in the registry.

Norwegian National Advisory Unit on Ageing and Health (Ageing and Health) are responsible of administrating the registry.

Twenty research studies have used data from the Dementia Registry in 2014.

Quality improvement strategy for 2015 involves:

- to recruit more hospitals to participate in data collection
- to finalize the registration forms - baseline and follow-up data
- to explore possible electronic solutions for data registration

2. Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

For å øke kunnskap om diagnostikk, utvikling og behandling av demens tok Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Aldring og helse) og Alderspsykiatriske fag- og forskningsnettverk Telemark Vestfold (TeVe) i 2007 initiativ til å opprette et kvalitets- og forskningsregister for pasienter som utredes i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør- Øst. Syv poliklinikker deltok fra starten. I 2009 ble Helse Vest med, og i 2013 ble sykehus i Helse Midt-Norge inkludert. I mars 2013 fikk registeret status som Nasjonalt kvalitetsregister for demens.

2.1.2 Registerets formål

Formålet med Norsk demensregister er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med kognitiv svikt og demens som utredes i spesialisthelsetjenesten. Data som samles i registeret skal benyttes til kvalitetsforbedring og forskning.

Norsk Demensregister har som mål å sikre at pasienter som utredes i poliklinikker i spesialisthelsetjenesten utredes etter samme mal, med oppdaterte tester og kartleggingsverktøy i hele landet.

Registeret ble etablert for å:

- Kvalitetssikre og videreutvikle utredningsverktøy for bruk i demensutredning
- Identifisere risikofaktorer for utvikling av demens med tanke på forebygging
- Vinne ny kunnskap om
 - Diagnostikk
 - Forløp
 - Behandling av demens med og uten legemidler
- Identifisere risikofaktorer for utvikling av nevropsykiatriske symptomer
- Identifisere risikofaktorer for ulike former for demens
- Identifisere prognostiske markører/ faktorer for ulike former for demens

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Registeret er godkjent som et kombinert kvalitets- og forskningsregister av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i Helse Sør-Øst og har konsesjon fra Datatilsynet frem til 2030.

Registeret er samtykkebasert, og pasienter og pårørende som inkluderes, samtykker til:

- 1) at data fra en standard undersøkelse samles i et register
- 2) at dataene kan kobles med data fra sykehusjournal og andre offentlige registre som Folkeregisteret, Dødsårsaksregister, Reseptregisteret og Norsk Pasientregister.
- 3) at pasient og pårørende kan kontaktes igjen for deltagelse i nye forskningsprosjekter
- 4) å avgi biologisk materiale til forskningsbiobank

2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Oslo Universitetssykehus (OuS) v/Nasjonale kompetansetjeneste for aldring og helse er databehandlingsansvarlig for og eier av registeret. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har ansvar for drift av registeret.

Registerets styringsgruppe har representanter fra alle deltagende poliklinikker og bidrar med innspill knyttet til drift og utvikling av registeret samt bruk av data til forskning.

En tverrfaglig oppnevnt referansegruppe er rådgivende organ for registeret. Utover dette er det også nedsatt en seminarkomité.

2.3.1 Aktivitet i styringsgruppe/referansegruppe

Det har vært avholdt ett styringsgruppemøte i 2014. Utover dette er søknader om bruk av data fra registeret behandlet løpende pr mail.

Referansegruppen har ikke hatt møter i 2014 men har hatt kontakt gjennom mail-utveksling. Revidert registersett har vært til høring i flere runder hos referansegruppen.

3. Resultater

Ved utgangen av 2014 inngikk 3633 pasienter i Norsk Demensregister.

Pasientene er rekruttert fra 16 poliklinikker i spesialisthelsetjenesten:

- Hukommelsesklinikker - som utreder og behandler pasienter med kognitiv svikt og demens
- Geriatrike poliklinikker - som utreder og behandler eldre med geriatrisk problematikk inkludert kognitiv svikt og demens

- Alderspsykiatriske poliklinikker som utreder og behandler komplekse og sammensatte psykiske lidelser hos eldre, inkludert kognitiv svikt og demens

3.1 Pasientpopulasjonen

Beskrivelse av pasientpopulasjonen som er inkludert i Norsk demensregister.

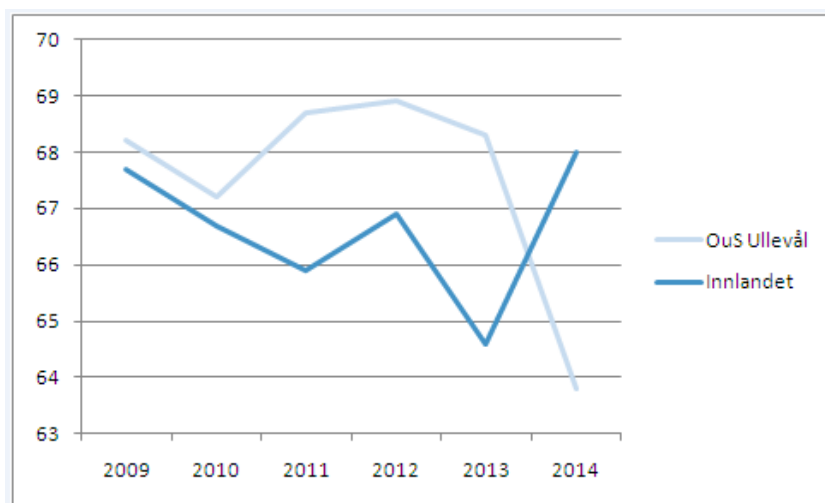
- Alder- gjennomsnitt 72,7 år
- Kvinner/Menn 55/45 %
- Gift eller samboer 60 %
- Pensjonist 75 %
- Mottaker av offentlig hjelp 31 %

Gjennomsnittsalder og om pasienter mottar offentlig hjelp varierer fra sykehus til sykehus.

| <i>Sykehus</i> | <i>Alder gjennomsnitt</i> | <i>Offentlig hjelp %</i> |
|----------------|-------------------------------|------------------------------|
| OuS Ullevål | 68.1 | 31 |
| Innlandet | 66.5 | 17 |
| Stavanger | 79.1 | 28 |
| Diakonhjemmet | 78.8 | 40 |
| Haraldsplass | 76.7 | 38 |
| Lovisenberg | 79.3 | 54 |
| OuS Aker | 80.0 | 39 |
| Vestfold | 71.4 | 26 |
| Haugesund | 76.9 | 48 |
| Telemark | 72.8 | 28 |
| Bærum | 66.2 | 23 |
| AHUS | 77.1 | 33 |
| Arendal | 73.4 | 34 |
| Nordfjord | 74.8 | 88 |
| St Olav | 78.7 | 38 |

Tabell 1. Alder og offentlig hjelp fordelt på sykehus

Figur 1 presenterer endring i alder fra 2009 til og med 2014 for de to største sentrene som leverer data til registeret.



Figur 1. Endring i gjennomsnittsalder 2009- 2014

Kommentar:

Bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning og sivil status har ikke endret seg vesentlig fra 2013 til 2014 for totalt antall registrerte. Det er imidlertid forskjell mellom sentrene, f eks på gjennomsnittsalder fra 66,5 år på Sykehuset Innlandet til 78 år på Diakonhjemmet og St. Olavs Hospital.

Variasjon i alder og bruk av offentlig hjelp kan ha sammenheng med at registeret samler data fra ulike typer poliklinikker. Pasienter som henvises til en geriatrisk poliklinikk har høyere alder, mer sammensatte helseproblemer og mottar i større grad offentlige tjenester enn pasienter som henvises til hukommelsesklinikker hvor gjennomsnittsalder er mellom 66 og 68 år.

Figuren viser at gjennomsnittlig alder hos pasienter som utredes ved Sykehuset Innlandet og på OuS Ullevål varierer fra år til år. Den betydelige endringen fra 2013 til 2014 kan skyldes at det er noe etterslep med innsending av kartleggingskjemaer for registrering i registeret.

3.2 Kognitiv funksjon

- Gjennomsnittsskår på Mini mental Status (MMSE): 23,9 (maks skår 30)
- Klokketest 3,5 (maks skår 5)
- IQ-code 3,8 (skår 3 indikerer ingen endring siste 10 år, høyere skår indikerer forverring av funksjon)

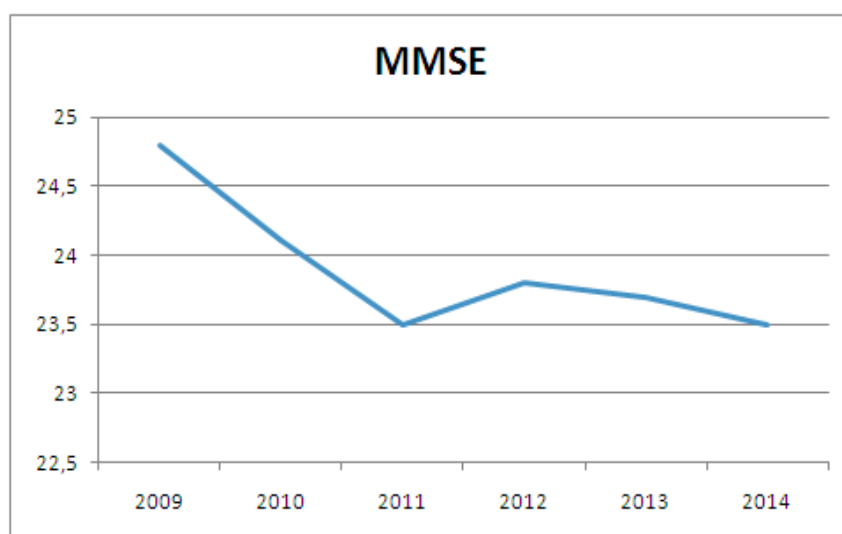
- Andel med Klinisk Demensvurdering (KDV) ≥ 1 41% (KDV skår 1 eller høyere indikerer demens)

Gjennomsnittlig MMSE skår varierer fra sykehus til sykehus. Tabell 2 viser MMSE skår ved de poliklinikkene som deltar i registeret.

| <i>Senter</i> | <i>MMSE Mean (SD)</i> | <i>Senter</i> | <i>MMSE Mean (SD)</i> |
|---------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| OuS Ullevål | 25.2 (4.3) | Haugesund | 22.4 (4.5) |
| Innlandet | 25.3 (3.5) | Telemark | 24.2 (4.0) |
| Stavanger | 21.0 (5.0) | Bærum | 24.1 (5.5) |
| Diakonhjemmet | 24.2 (4.0) | AHUS | 23.5 (3.6) |
| Haraldsplass | 22.3 (4.6) | Arendal | 23.2 (4.7) |
| Lovisenberg | 23.2 (4.2) | Nordfjord | 22.1 (3.8) |
| OuS Aker | 22.8 (4.1) | St Olavs Hospital | 20.9 (5.3) |

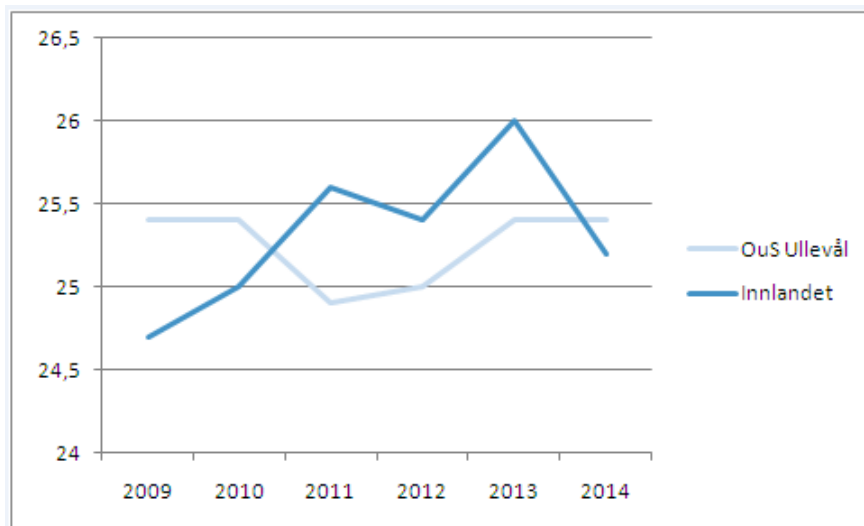
Tabell 2. Mini Mental Status: gjennomsnittsskår fordelt på sykehus

Det har vært en endring i gjennomsnittsskår på MMSE fra 2009 til 2014. Figur 2 viser gjennomsnittlig skår fordelt på år.



Figur 2. Endring i MMSE skår fra 2009 til 2014

De forskjellige poliklinikkene har ulik profil på grad av kognitiv svikt. Figur 3 viser gjennomsnittlig MMSE skår ved de to sentrene som rekrutterer flest pasienter til registeret.



Figur 3. Endring i MMSE skår ved OuS Ullevål og på Sykehuset Innlandet

Kommentar:

MMSE er en av flere tester som benyttes for å måle kognisjon. Fra 2009 og frem til 2015 er gjennomsnittlig MMS skår gått ned fra 24,8 i 2009 til 23,5 i 2014. Forskjell i MMSE-skår fra 24,8 i 2009 til 23,5 i 2014 kan ha sammenheng med at antallet geriatriske poliklinikker som deltar registeret har øket.

Gjennomsnittsskår på MMSE på geriatrisk poliklinikk ved St.Olavs Hospital er 21 poeng, mens det på rene hukommelsesklinikker ved Sykehuset Innlandet og OuS Ullevål er på 25 poeng.

Sammenligning av MMSE skår fra Sykehuset Innlandet og OuS Ullevål viser at man på OuS Ullevål har hatt en nokså lik skår over år, mens det på Sykehuset Innlandet er en økning i gjennomsnittlig MMSE skår fra 2009 til 2013. Dette kan tyde på at pasientene på Sykehuset Innlandet kommer til utredning tidligere i et demensforløp, og at pasientene som henvises til OuS Ullevål og Sykehuset Innlandet nå har en mer lik MMSE skår.

3.3 Nevropsykiatriske symptomer

Nevropsykiatriske symptomer og adferdsendringer måles med Nevropsykiatrisk intervjuguide (NPI-Q). NPI-Q er basert på opplysninger fra pårørende.

Tabell 3 viser hvor stor andel av pasientene som har symptomer på angst, psykose eller affektive symptomer.

| <i>Angst</i> | <i>Psykose</i> | <i>Affektive symptomer</i> |
|--------------|----------------|----------------------------|
| 51 % | 24 % | 72 % |

Tabell 3. Nevropsykiatriske symptomer

Kommentar:

Dette viser at en vesentlig andel av personer som kommer til utredning for kognitive problemer også har psykiatriske symptomer. Dette er viktig for planlegging av oppfølging.

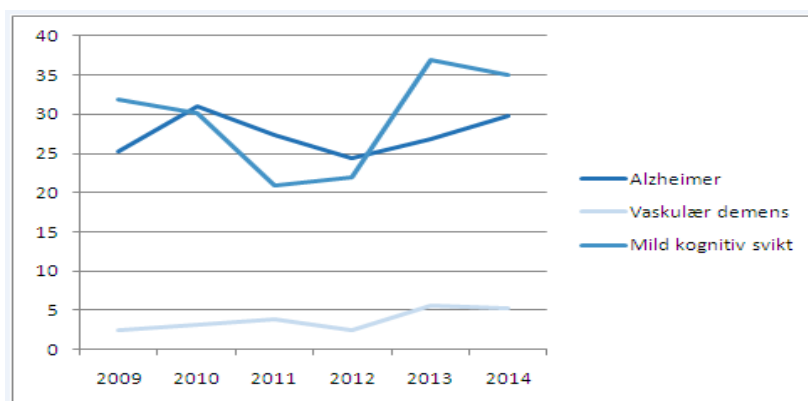
3.4 Diagnoser

Utredning av kognitiv svikt kan resultere i et vidt spekter av diagnoser. Tabell 4 viser de hyppigst registrerte diagnosene.

| <i>Diagnose</i> | | <i>Prosentvis andel</i> |
|-----------------|--|-------------------------|
| Z03 | Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander | 4.4 |
| R41 | Andre symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet | 10.5 |
| F06.7 | Mild kognitiv svikt | 28.0 |
| F00 | Demens av Alzheimers type | 27.3 |
| F01 | Vaskulær demens | 3.7 |
| F02 | Demens ved sykdommer klassifisert annet sted | 3.6 |
| F03 | Uspesifisert demens | 6.5 |

Tabell 4. Diagnostisk fordeling

Figur 4 viser endring i registrering av diagnoser fra 2009 til 2014.



Figur 4. Variasjon i registrering av diagnoser fra 2009 til 2014.

Kommentar:

Diagnostisk oversikt viser en tendens til at en større andel pasienter får diagnosen Mild kognitiv svikt i 2013/2014 sammenlignet med tidligere år. Ved oppstart av registeret deltok tre hukommelsesklinikker, en alderspsykiatrisk poliklinikk og tre geriatriske poliklinikker. I 2014 er forholdstallene endret, tre hukommelsesklinikker, fire alderspsykiatriske/psykiatriske og ni geriatriske poliklinikker. Dette kan påvirke både gjennomsnittsalder, diagnosesetting og MMSE skår når pasienten kommer til utredning.

4. Metoder for fangst av data

Data samles av medarbeidere i hukommelsesklinikker, lege, psykolog, sykepleier eller ergoterapeut. Registersettet er utviklet med utgangspunkt i de kartleggingsverktøy hukommelsesklinikene benyttet. Det er også utarbeidet en egen psykologmanual for utvidet testing. Registersettet er todelt, en del benyttes i møte med pasient, en i møte med pårørende. Se tabell fem.

| <i>Pasient</i> | <i>Pårørende</i> |
|---|--|
| Kognitiv funksjon <ul style="list-style-type: none"> • klinisk intervju • kognitive tester Psykiatrisk undersøkelse <ul style="list-style-type: none"> • klinisk intervju • depresjonsvurdering Somatisk undersøkelse Nevrologisk undersøkelse | Spørreskjema til pårørende Sykehistorie Vurdering av ADL Nevropsykiatriske symptomer <ul style="list-style-type: none"> • klinisk intervju og NPI • Cornell depresjonsskala Vurdering av pårørendes belastning |

Tabell 5. Data som registreres.

I tillegg registreres resultat av supplerende undersøkelser som Computer Tomografi (CT), magnettomografi (MR), blodprøvesvar, medikamentbruk, diagnoser og videre behandling. Til forskningsbiobanken samler seks poliklinikker blod og spinalvæske. Registersettet distribueres til sentrene i papirformat. Registersettene skannes sentralt med programvaren Teleform. Etter skanning kvalitetssikres data etter et standardisert oppsett.

5. Metodisk kvalitet

5.1 Antall registreringer

Per 31.desember 2014 var data fra 3633 pasienter registrert, skannet og kvalitetssikret i databasen. Tabell under viser antall registersett levert fra det enkelte senter totalt og for 2014.

| <i>Sykehus/ senter</i> | <i>Totalt registrerte</i> | <i>Registrerte i 2014</i> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Oslo universitetssykehus Ullevål | 913 | 234 |
| Sykehuset Innlandet | 556 | 142 |
| Stavanger universitetssykehus | 346 | 99 |
| Diakonhjemmet sykehus | 272 | 41 |
| Haraldsplass diakonale sykehus | 239 | 119 |
| Lovisenberg diakonale sykehus | 218 | 67 |
| Oslo universitetssykehus Aker | 175 | 25 |
| Sykehuset i Vestfold | 165 | 54 |
| Haugesund sykehus | 141 | 72 |
| Sykehuset i Telemark | 153 | 36 |
| Bærum sykehus | 113 | 64 |
| Akershus universitetssykehus | 76 | 59 |
| St. Olavs Hospital | 56 | 56 |
| Sørlandet sykehus Arendal | 202 | 175 |
| Nordfjord sykehus | 8 | 8 |
| <i>Totalt</i> | <i>3633</i> | <i>1251</i> |

Tabell 6. Totalt antall registrerte fordelt på sykehus.

Nordfjord Sykehus og St. Olavs Hospital kom med i registeret i 2014, antall derfra kan forklares ut fra at de ikke har registrert i hele perioden. Arendal har hatt ferdige registersett oppbevart lokalt knytte til en studie, og har derfor levert for et lengre tidsintervall enn 2014.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Det er ikke gjort dekningsgradsanalyser for Norsk demensregister i 2014. Muligheten for å gjennomføre dekningsgradsanalyser er drøftet i møte med fagsenter for Nasjonale Kvalitetsregistre for Helse Sør- Øst.

Norsk demensregister har spesielle utfordringer ved beregning av dekningsgrad siden demensutredning gjøres av ulike fagmiljø i de forskjellige helseregionene. Ved det enkelte helseforetak (HF) kan det også variere hvilke fagmiljø som har hovedansvaret for dette: hukommelsesklinikker, geriatriske, nevrologiske og alderspsykiatriske poliklinikker. Praksis har utviklet seg forskjellig avhengig tilgang på fagkompetanse, geografi og organisering.

Å benytte Norsk Pasientregister (NPR) for å gjennomføre dekningsgradsanalyse innebærer også utfordringer knyttet til registerets målgruppe. Pasientene som inkluderes i Norsk demensregister har samtykkekompetanse og begynnende kognitiv svikt, mild til moderat grad av demens. Ved å hente data fra NPR kunne vi fått en oversikt over antall pasienter som har fått diagnosen demens ved poliklinikker i norske sykehus. Dette ville likevel ikke automatisk være aktuelle pasienter for Norsk Demensregister, da diagnoseuttrekk ikke sier noe om samtykkekompetanse eller grad av demens. Det vil heller ikke fange de pasientene som har subjektive hukommelsesproblemer, men som enda ikke fyller kriteriene for å kunne stille en demensdiagnose. Det er også usikkert hvor dekkende registrering av demensdiagnose er i NPR.

For å få en reell oversikt over dekningsgrad på institusjons- og pasientnivå er det nødvendig med omfattende registrering fra de kliniske fagmiljøene i forhold til hvilke enheter som bør rapportere, hvilke pasienter som inkluderes/ ikke inkluderes og hvorfor. Det har vært en prioritert oppgave i 2014 å utarbeide en nasjonal oversikt over hvilke poliklinikker som utreder demens og dermed også kan levere data til Norsk Demensregister fra de ulike HF ene.

Videre arbeides det med å innføre en liste for registrering av ikke-inkluderte pasienter ved de deltagende senter.

Rapportering for 2014 i forhold til dekningsgrad baserer seg på tilbakemelding fra de poliklinikkene som leverer mest data.

5.3 Dekningsgrad på institusjonsnivå

I 2014 deltar 16 poliklinikker med samling av data til registeret. Det har vært jobbet med å utarbeide en oversikt over mulige aktuelle poliklinikker som utreder demens. Det korrekte antall poliklinikker vil først kunne presenteres etter direkte kontakt med de aktuelle sykehusene, da arbeids/oppgavefordeling er ulik i de ulike helseregionene. Plan for besøk til og møter med aktuelle alle helseregioner og poliklinikker er utarbeidet for 2015.

Reell dekningsgrad på institusjonsnivå vil først foreligge etter denne kontakten.

5.4 Dekningsgrad på individnivå

Antall innsendte registreringer fra sentrene varierer fra 8 til 234. De to sentrene som leverer flest pasienter anslår en dekningsgrad på mellom 80 og 90 %. Dette er hukommelsespoliklinikker hvor alle henviste pasienter i realiteten fyller kriteriene for inklusjon og blir spurt om deltagelse i registeret. De som ikke inkluderes har manglende samtykkekompetanse. Svært få sier nei til deltagelse.

Sentrene som inkluderer færre pasienter har et bredere tilfang av henvisninger og vurderer hver enkelt i forhold til inklusjon eller ikke.

Som et ledd i å få oversikt over reell dekningsgrad på individnivå er det utarbeidet et skjema for å registrere antall aktuelle ved hvert senter og årsak til at de eventuelt ikke inkluderes i registeret. Dette iverksettes i løpet av 2015.

Tilbakemelding fra sentrene om dekningsgrad på individnivå i 2014 presenteres i tabellen under. Informasjon mangler fra sentrene som ikke er med i tabellen.

| <i>Senter</i> | <i>%</i> |
|---|----------|
| Sykehuset Innlandet | 80-85 |
| OuS Ullevål | 90 |
| Lovisenberg diakonale sykehus | 60 - 70 |
| Sørlandet sykehus Arendal | 90-95 |
| Nordfjord sykehus | 70 |
| Haugesund sykehus | 90 |
| OuS Aker | 80 |
| St. Olavs Hospital | 81 |
| Sykehuset Telemark | 65-70 |
| Bærum Sykehus | 100 |
| A-hus | 90 |
| Stavanger universitetssykehus- geriatri | 70-80 |

Tabell 7. Prosentvis dekningsgrad på individnivå

5.5 Metoder for intern sikring av datakvalitet

Det arrangeres årlig registerseminar for gjennomgang av resultater, drøfting av funn, ulikheter i forhold til logistikk, skåring og diagnostisering. Registerseminar gjennomføres som en kombinert presentasjon av resultater, nyheter knyttet til drift av registeret, samt en diskusjon/erfaringsutveksling.

Skanning og vasking av data skjer sentralt. Det er utarbeidet prosedyrer for å kvalitetssikre denne prosessen. Ved manglende utfylling blir det enkelte senter kontaktet og data etterspørres. Dette vurderes som hensiktsmessig for å sikre så komplette registreringer som mulig, samtidig som det også vurderes som nyttig for å oppklare misforståelser og å være i en aktiv dialog med de innregistrerende sentrene.

5.6 Metode for validering av data i registeret

Data fra Norsk Demensregister er ikke sammenholdt med eksterne registre/kilder. Kontakt med det svenske demensregisteret SveDem og samarbeid med regionale register planlegges. Dette vil gjøre sammenligning med eksterne datakilder mulig på sikt.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Data skannes tre ganger årlig. Etter skanning gjennomføres en standardisert prosedyre for vasking og kvalitetssikring av data. Missing data blir etterlyst fra det aktuelle senteret. Ved andre uklarheter blir det tatt direkte kontakt med senteret. Etter hver skanning gjøres det nye analyser der siste skannede utvalg sammenlignes med tidligere resultater.

6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Inklusjonskriterier:

- Pasienter med subjektive hukommelsesproblemer, mild kognitiv svikt eller demens, som utredes ved poliklinikker i spesialisthelsetjenesten
- Pasienter med samtykkekompetanse og deres pårørende

6.2 Registerets spesifikke kvalitetsmål

Demensregisteret samler i hovedsak resultatmål knyttet til utredning av kognitiv svikt. Dette innebærer intervju og kognitiv testing av pasient, samtale med og utfylling av ulike kartleggingsverktøy for pårørende.

Strukturvariabler relaterer seg til bruk av offentlige tjenester og anbefaling i forhold til videre oppfølging.

Prosessvariablene knytter seg til hvilke kognitive tester er gjennomført, om det er gjort vurdering i forhold til sikkerhet og kjøreferdigheter, om supplerende undersøkelser som CT eller MR er utført, og om det er tatt blodprøver og cerebros spinalvæske.

Nasjonale kvalitetsindikatorer kan knyttes til om ulike kartleggingsverktøy er benyttet, om pårørende har vært involvert i utredningen og om det er gjort registreringer knyttet til bruk av medikamenter.

Forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer:

- Registrering av om følgende kartlegging er gjennomført:
 - Medikament og stimulantia forbruk
 - Sosiale forhold
 - Utdanning/ yrke
 - Offentlig hjelp
 - Familiær forekomst
 - Sykdomsanamnese
 - Ernæring/vekt
 - Sikkerhet
 - Kognitiv testing
 - Funksjon i dagliglivet
 - Psykiatriske symptomer
 - Blodprøver
 - Billeddiagnostikk
 - Diagnostisering
 - Videre oppfølging etter utredning

- Involvering av pårørende i utredning av demens
 - Andel av pasienter hvor informasjon fra pårørende inngår i utredningen

- Medikamentforbruk ved utredning av demens.
 - I hvilken grad dette registreres i pasientjournal

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Norsk Demensregister har så langt ikke innhentet PROM eller PREM data. Nasjonalforeningen for folkehelsen - brukerorganisasjonen for personer med demens og deres pårørende er kontaktet for å få innspill knyttet til valg av kartleggingsskjema. Vi har ennå ikke fått en entydig anbefaling i forhold til valg av skjema. Det er også etablert kontakt med det svenske kvalitetsregisteret for demens, SveDem. De er også i en prosess for å finne egnet skjema. For Norsk demensregister er det sentralt å velge et instrument som muliggjør sammenligning med andre nasjonale og internasjonale registre. Dette har gjort at prosessen fortsatt ikke er fullført.

Det planlegges å nedsette en arbeidsgruppe i 2015 for å konkretisere valg av PROM og PREM verktøy for demensregisteret. I den prosessen vil Fagsenter for pasientrapporterte data i Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre kontaktes.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det er ikke registrert demografiske ulikheter ved deskriptive analyser av data fra demensregisteret, men man ser en ulikhet i diagnosesetting og gjennomsnittsalder mellom geriatrike og alderspsykiatriske poliklinikker. Yngre personer med demens utredes i større grad ved hukommelsesklinikker og alderspsykiatriske poliklinikker enn ved geriatrike poliklinikker.

Det er registrert ulikheter mellom fylkene i forhold til antall år med skolegang. Det er også registrert at yngre personer med demens oftere enn eldre kommer uten pårørende.

Registreringer i demensregisteret gir mulighet til å se på om det er forskjeller i bruk av kommunale tjenester, yrkesstatus, belastning hos pårørende.

Gjennom etablering av demensregisteret har en sikret at fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten som deltar benytter samme utredningsmal og kartleggingsverktøy, noe som igjen gir en likhet i helsetjenesten uavhengig av bosted og sykehusvalg.

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

I arbeid med Nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende har flere medarbeidere fra poliklinikkene som samler data til demensregisteret, deltatt i prosessen.

Sekretariatet i demensregisteret har en sentral rolle i retningslinjearbeidet som gjelder utredning og behandling av demenssykdommer.

Under arbeid med Demensplan 2020 har medarbeidere fra registeret bidratt i prosessen med dialogmøter.

I arbeid med veileder for "Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre" har leder for Norsk demensregister hatt en sentral rolle.

6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer

De nasjonale retningslinjene vil foreligge i løpet av 2016 eller 2017. Nasjonalt demensregister har tett og løpende kontakt med lederne av dette arbeidet, slik at variabler i registeret kan tilpasses de endelige retningslinjene. Vi planlegger en revisjon av variabellisten når retningslinjen foreligger.

6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder

Ved deskriptive analyser av data fra registeret og gjennom drøftinger på registerseminar er det belyst at det fortsatt er ulik praksis knyttet til diagnosesetting ved de ulike sentrene. Videre har deltagere fra flere geriatrike miljøer løftet frem

betydningen av mer presise somatiske spørsmål i registeret, samt behov for å få inn noen mål på fysisk funksjon.

Videre er følgende forbedringsområder identifisert

- Enhetlig bruk av utredningsmetodikk
- Indikasjon for bruk av MR vs CT
- Spinalpunksjon
- Hvilke blodprøver bør tas
- Medikamentell behandling av demens
- Tilleggssymptomer ved demens

Deler av innspillene er tatt med i revisjon av registersettet, andre forbedringsområder tas inn i plan for 2015.

6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret

Kvalitetsforebedringstiltak i regi av Norsk Demensregister har i hovedsak rettet seg mot å bedre kvaliteten på dataene som samles gjennom revisjon av registersettet. Det har vært fokus på å harmonisere variabler i demensregisterets datasett opp mot svensk demensregister, HUNT og Kvalitetsregister alderspsykiatri som en under etablering. Medarbeidere fra alle de deltagende senter har vært invitert med i denne prosessen.

Videre har det i 2014 vært fokus på å kvalitetssikre og bedre arbeidsflyt knyttet til innhenting, logistikk og behandling av data for registeret sentralt.

Konkrete kvalitetsforbedringsprosjekt lokalt er ikke initiert av Norsk demensregister i 2014, men det gis konkret tilbakemelding når registrering av variabler, for eksempel diagnoser, avviker fra det som er normen.

Gjennom registerseminar med presentasjon av resultater samlet og på senternivå er klinkerne utfordret til å gjennomgå egen praksis. I en dialog med klinikerne, som deltar på seminarene, diskuteres strategier for å samkjøre praksis på tvers av spesialiteter og institusjoner.

6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring

Revidert registersett er tatt i bruk etter en lang prosess, som har involvert mange fagpersoner og fagmiljø. Nytt registersett innebærer at klinikerne må endre praksis noe i forhold til nye undersøkelser som inngår i revidert sett.

Registerseminar har hatt fokus på erfaringsutveksling og tilbakemeldinger på nytt sett. Registerledelsen er åpen for innspill og justeringer også ut 2015.

6.10 Pasientsikkerhet

Nytt registersett inneholder en mer presis angivelse knyttet til medikasjon og fall.

Registrering av komplikasjoner eller uønskede hendelse registreres ikke i Norsk Demensregister da det i all hovedsak består av variabler registrert ved førstegangsundersøkelse. I løpet av 2015 vil vi iverksette strukturert innhenting av data fra kontroller.

7. Formidling av resultater

7.1 Resultater tilbake til deltagende fagmiljø

Resultater presenteres på årlig registerseminar for de deltagende sentrene, samt ved besøk på enkeltsenter. Styringsgruppen for registeret har representanter fra de ulike fagmiljøene får også presentert resultater i styringsgruppemøter.

Informasjon om pågående forskning finnes på registerets hjemmeside.

Videre informeres de deltagende sentrene gjennom nyhetsbrev pr mail.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Ansvar for tilbakemelding til administrasjon og ledelse lokalt ligger hos representant i styringsgruppen fra det enkelte senter. Videre har registerledelsen deltatt på lokale møter på forespørsel.

7.3 Resultater til pasienter

Informasjon til pasienter om pågående og avsluttede studier som benytter innsamlede data finnes på registerets hjemmeside. Hjemmesiden er under revisjon for å bedre tilpasning av informasjon til pasienter og pårørende.

7.4 Offentliggjøring av resultater på institusjonsnivå

Data på institusjonsnivå og nasjonalt nivå presenteres på registerseminar og lokale møter.

8. Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

Det er etablert et samarbeid med svensk demensregister, SveDem og det har vært kontakt med svensk BPSD-register (register for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens). Norsk demensregister samarbeider tett med Kvalitetsregister innen alderspsykiatri (KVALAP). Både Norsk demensregister og KVALAP er organisert under Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Dette sikrer at variablene i så stor grad som mulig er sammenlignbare. En medarbeider er ansatt i begge registrene.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Ved utgangen av 2014 mottok følgende studier data fra registeret:

- Depresjon blant pasienter med MCI og mild demens av Alzheimers type
- Fysisk form hos personer med kognitiv svikt: Sammenhenger og endringer.
- Multiple nutritional deficiencies causing Dementia of the Alzheimer type.
- Forekomst av redusert konsentrasjon av vitaminer som årsak til demens.
- Validitet av demensmarkører i spinalvæske for Alzheimers sykdom.
- Identifisering av nye genetiske varianter som er assosiert med Alzheimers sykdom i Skandinavia.
- Kordial-studien: Kognitiv atferdsterapi for personer med demens i tidlig sykdomsfase.
- Ressursbruk ved demenssykdom.
- Kretsløpsregulering ved Alzheimers sykdom.
- Livskvalitet og behov hos personer med tidlig debuterende demens og deres pårørende.
- Pårørende til personer med frontotemporallappdemens
- Legemidler som kan føre til økt risiko for utvikling og raskere progresjon av demenssykdom.
- Kognitive og nevropsykiatriske symptomer hos hukommelsesklinikkpasienter.
- Hjelp til å huske. Arbeidsminnetrening av eldre med mild kognitiv svikt.
- Effekt av utdanning på forekomst av demens.
- Hjerneendringer ved demens - kliniske og biologiske sammenhenger
- Identifisere nye genetiske varianter som er assosiert med Alzheimers sykdom i Skandinavia.
- Prevalens av aterosklerose pre-cerebral og intracerebral hos pasienter henvist til demensutredning.

- Samsvarighet mellom kognitive test resultater og pårørendes informasjon om kognitiv funksjon og IADL hos pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten for utredning av kognitiv svikt og demens.

Publikasjoner i fagfelleverderte tidsskrift:

Knapskog AB, Barca ML, Engedal K. A comparison of the validity of the Cornell Scale and the MADRS in detecting depression among memory clinic patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011; 32:287-294.

Knapskog AB, Portugal MD, Barca ML, Coutinho ES, Laks J, Engedal K. A cross-cultural comparison of the phenotype of depression as measured by the Cornell Scale and the MADRS in two elderly outpatient populations. *J Affect Disord*. 144(2013) 34-41. Epub 2012 Jul 31.

Knapskog AB, Barca ML, Engedal K. A comparison of the Cornell Scale for Depression in Dementia and the Montgomery-Aasberg Depression Rating Scaled in a Memory Clinic Population. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2013; 35: 256-265.

Knapskog AB, Barca ML, Engedal K. Prevalence of depression among memory clinic patients as measured by the Cornell Scale of Depression in Dementia. *Aging Ment Health*. 2014 Jul;18 (5): 579-87. doi: [10.1080/13607863.2013.827630](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.827630). Epub 2013 Sep 3.

Tangen, G.G., Engedal, K., Bergland, A., Moger, T.A., Hansson O. & Mengshoel, A.M. Spatial navigation measured by the Floor Maze Test in patients with subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2015 Aug;27(8):1401-9. doi: 10.1017/S1041610215000022

Tangen, G.G., Engedal, K., Bergland, A., Moger, T.A., & Mengshoel, A.M. 2014. Relationships Between Balance and Cognition in Patients With Subjective Cognitive Impairment, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer Disease. *Phys Ther*. 2014;94:1123-1134. doi: 10.2522/ptj.20130298

Hesseberg, K., Bentzen, H., Ranhoff, A. H., Engedal, K., & Bergland, A. (2013). Disability in instrumental activity of daily living in elderly patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(3-4), 146-153. doi: 10.1159/000351010

Hesseberg, K., Bentzen, H., & Bergland, A. (2014). Reliability of the Senior Fitness Test in Community Dwelling Older People with Cognitive Impairment. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*. DOI: 10.1002/pri.1594

Desikan, Rahul S.; Schork, Andrew J.; Wang, Yunpeng; Thompson, Wesley K.; Dehghan, Abbas; Ridker, Paul M.; Chasman, Daniel I.; McEvoy, Linda K.; Holland, Dominic; Chen, Chi-Hua; Karow, David S.; Brewer, James B.; Hess, Christopher P.; Williams, Julie; Sims, Rebecca; O'Donovan, Michael C.; Choi, Seung Hoan; Bis, Joshua C.; Ikram, M. Arfan; Gudnason, Vilmundur; DeStefano, Anita L.; Van Der Lee, Sven J.; Psaty, Bruce M.; Van Duijn, Cornelia M.; Launer, Lenore; Seshadri, Sudha; Pericak-Vance, Margaret A.; Mayeux, Richard; Haines, Jonathan L.; Farrer, Lindsay A.; Hardy, John; Ulstein, Ingun; Aarsland, Dag; Fladby, Tormod; White, Linda; Sando, Sigrid Botne; Rongve, Arvid; Witoelar, Aree; Djurovic, Srdjan; Hyman, Bradley T.; Snædal, Jon; Steinberg, Stacy; Stefansson, Hreinn; Stefánsson, Kári; Schellenberg, Gerard D.; Andreassen, Ole Andreas & Dale, Anders (2015). Polygenic overlap between C-reactive protein, plasma lipids, and Alzheimer disease. *Circulation* . ISSN 0009-7322. 131(23), s 2061- 2069 . doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015489

Steinberg, Stacy; Stefansson, Hreinn; Jonsson, Thorlakur; Johannsdottir, Hrefna; Ingason, Andrés; Helgason, Hannes; Sulem, Patrick; Magnusson, Olafur Thor; Guðjónsson, Sigurjón Axel; Unnsteinsdottir, Unnur; Kong, Chung Tung Augustine; Helisalmi, Seppo; Soininen, Hilikka; Lah, James J.; Aarsland, Dag; Fladby, Tormod; Ulstein, Ingun; Djurovic, Srdjan; Sando, Sigrid Botne; White, Linda; Knudsen, Gun Peggy; Westlye, Lars Tjelta; Selbæk, Geir; Giegling, Ina; Hampel, Harald; Hiltunen, Mikko; Levey, Allan I.; Andreassen, Ole Andreas; Rujescu, Dan; Jonsson, Palmi V.; Björnsson, Sigurbjörn; Snædal, Jon & Stefánsson, Kári (2015). Loss-of-function variants in ABCA7 confer risk of Alzheimer's disease. *Nature Genetics*. ISSN 1061-4036. 47(5), s 455-447. doi: 10.1038/ng.3246

9. Forbedringstiltak

Plan for forbedringstiltak. Tiltak som er gjennomført i 2014 år samt tiltak som er planlagt gjennomført 2015.

Datafangst:

Nytt revidert registersett ble ferdigstilt og tatt i bruk i 2014. Registerets styringsgruppe, referansegruppe og fagpersoner fra de ulike fagmiljøene har vært involvert i prosessen. Det har vært et mål å sikre at data som samles i registeret baserer seg på forskningsbaserte oppdaterte kartleggingsredskap/tester.

Det er startet en prosess for å utarbeide et enklere datasett - kvalitetsregistersett, samt et felles registersett for oppfølging av pasienter som kommer til kontroll.

Proessen med revisjon av brukerveiledning er startet. Registerets referansegruppe er involvert. Det har vært møte med medarbeider i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som har ansvar for oppdatering av anbefalte kartleggingsverktøy og tester på nasjonalt nivå. Vi vil tilstrebe at det er samsvar mellom anbefalte metoder for kartlegging og de instrumentene som brukes i Norsk demensregister. Videre er brukerveiledning fra det svenske demensregisteret og Kvalitetsregister for aldersdemens gjennomgått.

Kvalitetsmål for registeret i 2015:

- Å ferdigstille og aktivere enkelt registersett og oppfølgingssett
- Å ferdigstille og distribuere revidert brukerveiledning

Elektronisk løsning for datafangst

Det har vært møter med fagsenter for Nasjonale Kvalitetsregistre for Helse Sør- Øst hvor aktuelle elektroniske løsninger for registrering av data fra demensregisteret er drøftet.

Kvalitetsmål for registeret i 2015:

- Å sikre en elektronisk løsning for registeret som ikke innebærer merarbeid for klinikerne.

Øke dekningsgrad

Det er i 2014 utarbeidet en oversikt over poliklinikker som kan være aktuelle for deltagelse i registeret.

Kvalitetsmål for registeret i 2015:

- Å øke dekningsgrad på senternivå gjennom
 - å besøke alle helseregioner for å informere om og rekruttere flere senter til registeret
 - å besøke aktuelle poliklinikker for gjennomgang av registersett og drøfting knyttet til praktisk organisering
 - markedsføring av registeret ved presentasjon på hjemmeside, med artikkel til tidsskriftet Demens og Alderspsykiatri og presentasjoner på konferanser
 - å utarbeide informasjonsmateriell for logistikk knyttet til distribusjon og innsending av registermateriell

Det er utfordringer knyttet til å kunne anslå antall pasienter som utredes for demens i poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, altså hva 100 % dekningsgrad reelt betyr. Se kap 5.3. En mal for registrering av ikke-inkluderte pasienter fra det enkelte senter er utarbeidet i 2014.

Kvalitetsmål for registeret i 2015:

- Å beregne dekningsgrad på individnivå fra de ulike poliklinikkene gjennom
 - å starte registrering av ikke-inkluderte fra hvert senter

Pasientrapporterte data

Det har i 2014 vært kontakt med Nasjonalforeningen for folkehelsen og svensk demensregister knyttet til valg av PROM/PREM mål. Det er foreløpig ikke konkludert med valg av aktuelt spørreskjema for registerets målgruppe.

Kvalitetsmål for registeret i 2015 er:

- Å inkludere PROM/PREM mål i registeret gjennom:
 - gjennomgang og pilottesting av aktuelle skjema

Del III Stadielvurdering

10. Referanser til vurdering av stadium

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Navn på register*

| Nr | Beskrivelse | Kapittel | Ja | Nei |
|------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Stadium 2 | | | | |
| 1 | Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner | 3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | Presenterer resultater på nasjonalt nivå | 3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 type="checkbox"/> | <input checked="" 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 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Resultater anvendes vitenskapelig | 8.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Presenterer resultater for PROM/PREM | 6.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret | Del II | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stadium 4

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