

# **Norsk kvalitetsregister for hiv (NORHIV) Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak**

---

BENTE MAGNY BERGERSEN

15.10.2015

# Innhold

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

<b>Del III</b>	<b>Stadievurdering</b> .....	<b>14</b>
<b>10.</b>	<b>Referanser til vurdering av stadium</b> .....	<b>14</b>

## 1. Sammendrag

Hiv er en meget alvorlig kronisk infeksjonssykdom som det pr. i dag foreligger sparsomt med kliniske samledata på i Norge. Sommeren 2011 fikk Norsk kvalitetsregister for hiv (NORHIV) midler fra Helse Sør Øst for å videreutvikle sine planer og søke om konsesjon hos Datatilsynet. Hiv er en sykdom beheftet med betydelig stigma og flere brukere har uttrykt bekymring for at personidentifiserbare data skal komme på avveie. NORHIV har derfor hatt tett samarbeid med brukerne både når det gjelder valg av variable, oppbygging av registeret og regelverk for håndtering av data. NORHIV er godkjent som nasjonalt kvalitetsregister av Helse og omsorgsdepartementet med forbehold om at registeret gis konsesjon fra Datatilsynet. Datatilsynet hadde ingen innvendinger mht registerets planer for håndtering av sensitive data. NORHIV ble likevel ikke godkjent av Datatilsynet, med bakgrunn i at de mente ikke å ha hjemmel til å godkjenne et slikt register. Etter anbefaling fra SKDE og personvernombudet i Oslo universitetssykehus ble ny søknad sendt våren 2015 med presiseringer mht. omfang og variabelvalg. I mellomtiden ser NORHIV på ulike tekniske løsninger for et helt anonymisert nasjonalt register som kun trekker ut ikke-identifiserbare data fra lokale kvalitetsregistre.

## 2. Registerbeskrivelse

### 2.1 Bakgrunn og formål

#### 2.1.1 Bakgrunn for registeret

Hivinfeksjon uten behandling er en dødelig sykdom, men med adekvat terapi har pasienter som lever med hiv i dag tilnærmet like lang levetid som de uten hiv. Det er derfor en stadig økende populasjon som lever med hiv i Norge. Vellykket hivbehandling krever at pasientene tar medisinen sine hver dag hele livet for å unngå behandlingssvikt. Spesialisert kunnskap hos behandlende lege og systematisk oppfølging av pasientene er avgjørende for å lykkes i dette arbeidet.

### 2.1.2 Registerets formål

Formålet med registeret er å bedre behandling og oppfølging av hivpasienter i Norge. Formålet oppnås ved bruk av personopplysningene både til kvalitetssikring og forskning;

- Registrere, kvalitetssikre og prosessere data fra samtlige hivpasienter i Norge
- Gi regelmessig tilbakemelding om resultater til relevante fagmiljø ved alle helseforetak som gjennomfører behandling registeret omhandler
- Bidra til økt kunnskap om hiv/aids både hos pasienter, pårørende, fagpersoner og i den generelle befolkning
- Overvåke og bedre kvaliteten av behandlingen iht. nasjonale og internasjonale standarder
- Beskrive forekomsten av hiv og aids i Norge og andre aktuelle tilstander hos pasientgruppen som tuberkulose, hepatitt B og C, kreft, hjerte-karsykdom og demens
- Overvåke komplikasjoner av behandlingen
- Videreutvikle og drive et nettverk for kvalitetsutvikling mellom behandlende foretak og avdelinger for å sikre et likeverdig behandlingstilbud i hele landet
- Bidra til korrekt registrering av diagnose- og prosedyredata for pasientgruppen
- Kontinuerlig utvikle registeret i henhold til oppdaterte faglige standarder samt bidra til utvikling av slike standarder nasjonalt og internasjonalt
- Analysere registrerte data med tanke på kvalitetssikring av arbeidet med denne pasientgruppen både ved å følge det enkelte helseforetaks resultater over tid og ved å sammenligne med resultatene fra andre sykehus nasjonalt og internasjonalt
- Arbeide for å fremme flere typer forskning knyttet til hiv

Bidra til gjennomføring av forskningsprosjekter innen relevante fagområdet, herunder tilby riktig identifiserte pasienter med korrekt registrerte, kvalitetssikrede, prosesserte og ekstraherte data og kompetanse til tolkning av dem

## 2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Drift av registeret vil på sikt ha behandlingsgrunnlag i konsesjon fra Datatilsynet. Inntil konsesjon foreligger registrerer hvert foretak egne data på en felles og strukturert måte, med malen fra NORHIV. En slik lokal registrering er basert på Helsepersonelloven § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

## 2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

### 2.3.1 Aktivitet i styringsgruppe/referansegruppe

Ingen møter i styringsgruppen ble avholdt i 2014.

Databehandleransvarlig er Oslo universitetssykehus HF.

## 3. Resultater

På grunn av manglende konsesjon fra Datatilsynet foreligger det dessverre ingen nasjonale resultater fra NORHIV for 2014.

## 4. Metoder for fangst av data

Kjernedata innhentes fra pasientens journal og legges inn i en database lokalt ved hver enkelt hiv-klinikk. Variablene er definert av NORHIV, men de fleste har sitt utspring i Eurocoord (se [www.eurocoord.net](http://www.eurocoord.net)). NORHIV jobber med en teknisk løsning i MedInsight hvor anonymiserte datauttrekk gjøres fra lokale databaser 1-2 ganger pr år.

## 5. Metodisk kvalitet

### 5.1 Antall registreringer

### 5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Det innhentes årlig data fra Norsk pasientregister (NPR): antall hiv-positive som er behandlet ved hvert helseforetak – se NORHIV sine hjemmesider på [kvalitetsregister.no](http://kvalitetsregister.no). Lokalt blir disse tallene sammenholdt med antall hiv-positive som er registrert i lokale kvalitetsregister. Det er ikke gjort dekningsgradsanalyser på nasjonalt nivå i 2014.

### **5.3 Dekningsgrad på institusjonsnivå**

Dekningsgradsanalyse ikke utført.

### **5.4 Dekningsgrad på individnivå**

Dekningsgradsanalyse ikke utført.

### **5.5 Metoder for intern sikring av datakvalitet**

### **5.6 Metode for validering av data i registeret**

### **5.7 Vurdering av datakvalitet**

## **6. Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring**

### **6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret**

Målet er at alle hiv-positive i Norge skal inkluderes i registeret, både barn og voksne.

I henhold til faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av pasienter med hiv, skal alle pasienter som tester positivt på en hivtest snarlig henvises til en infeksjonsmedisinsk avdeling med hiv-kompetanse. Det er kun hivpasienter som oppsøker spesialisthelsetjenesten som blir registrert i Norsk pasientregister, men det er ingen holdepunkter for at det er særlig mange som tester seg for hiv anonymt som ikke knyttes til spesialisthelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus (OUS) er det helseforetaket som følger opp og behandler flest hivpasienter, ca 50%. Olafiaklinikken er egentlig en del av OUS, men registreres i NPR som et eget helseforetak. Øvrige sykehus som behandler hivpasienter er Sykehuset Telemark Skien, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Østfold, Vestre Viken, Akershus universitetssykehus, Sykehuset innlandet, Sørlandet sykehus, Haukeland universitetssykehus, Stavanger universitetssykehus, Helse Fonna, Molde sykehus, Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital, Sykehuset Levanger, Nordlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

## 6.2 Registerets spesifikke kvalitetsmål

For å kunne sammenligne kvalitetsdata med andre europeiske land har vi valgt flere internasjonalt anerkjente kvalitetsmål som benyttes blant annet i Sverige. Det gjelder indikator 2, 3, 4, 5 og 6. I tillegg har vi lagt inn i 2 indikatorer (1 og 7) som sier noe om henholdsvis «connection to care» og «retention in care».

Kvalitetsindikator nr. 8 gjelder overføring av hivsmitte fra mor til barn. Den nest siste (9) er et pasientrapportert utkommemål. Årlig mortalitet er vår siste kvalitetsindikator (10).

### *1. Gjennomsnittstid fra diagnose (i Norge) til første besøk hiv-klinikk: mål < 2 uker*

Denne indikatoren sier noe om «connection to care» og hvor lenge pasienten må vente på å få kvalitetssikret informasjon, ivaretagelse og behandling. Tiden mellom hivdiagnosen og første møte på hiv-klinikken er en kritisk fase hvor pasienten trenger betydelig støtte og hjelp. Kvalitetsindikatoren er utviklet i tett samarbeid med brukergruppen som har gitt klare tilbakemeldinger om at tiden fra hivdiagnose til kvalitetssikret ivaretagelse ved en spesialisert hiv-klinikk blir for lang.

### *2. Andel pasienter på hivbehandling: mål 100 %*

I henhold til «Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv» anbefales alle hivpasienter å starte hivbehandling så snart diagnosen er stilt. Indikatoren sier også noe om «connection to care» og at hiv-positive blir informert og motivert for behandling på en riktig måte. En andel på behandling < 90 % kan være indikasjon på at man ikke følger oppdaterte retningslinjer som tilsier raskere start enn for bare 2 år tilbake.

### *3. Andel nydiagnostiserte med aids og/eller CD4 < 200: mål < 20 %*

Indikatoren sier noe om landets teste-aktivitet og hvor mange som går for lenge med sykdommen før den blir påvist. CD4 < 200 er et uttrykk for dårlig immunforsvar. Målet er å påvise hivsmitten på et tidligst mulig tidspunkt det vil si når immunforsvaret fortsatt er intakt.

### *4. Andel nydiagnostiserte påvist i omslagsfasen: mål > 20 %*

Det mest gunstige er å påvise hiv allerede i omslagsfasen - ikke minst fordi pasienten ofte er aller mest smittsom i den perioden han/hun ikke kjenner sin status. Det pågår for tiden ulike prosjekter for å øke testeaktiviteten og det er stor etterspørsel etter overnevnte data. Økt testeaktivitet er et viktig verktøy for å få kontroll med den lokale hiv-epidemien vi har i gruppen menn som har sex med menn.

### *5. Antall pasienter uten hivbehandling som har CD4 nivå < 350: mål = 0*

Indikatoren sier noe om hvor mange pasienter med indikasjon for behandling (dårlig immunforsvar) man ikke har lykkes med å motivere/ hjelpe til medisinsk behandling. Motiverende intervju, behandling av depresjon og/eller avhengighet, samtaler omkring religiøse motforestillinger kan være aktuelle intervensjonsmetoder.

### *6. Antall pasienter på hivbehandling med hivrna < 50 kopier/ml: mål = 0*

Denne indikatoren sier noe om hvor mange av pasientene som har stått på



behandling i over 6 måneder som har tilnærmet full virus-suppresjon. For at flest mulig skal oppnå dette må klinikken arbeide systematisk med pasientinformasjon, motivasjon og i enkelte tilfelle betydelig tverrfaglig samarbeid. Uansett vil enkelte pasienter ha dårlig «adherence», det vil si dårlig medikamentetterlevelse. Konsekvensen kan være sviktende immunforsvar og hivrelaterte sykdommer og plager. Pasienter med dårlig etterlevelse har økt risiko for utvikling av hiv-resistens og med det redusert utvalg av midler med effekt mot hivviruset.

#### *7. Andel pasienter som har vært på kontroll siste år: mål > 95 %*

Denne indikatoren sier noe om "retention in care" dvs. klinikkens evne til å holde kontakt med pasientene slik at de får tatt sine blodprøver og får sine resepter. For å holde oversikt over hvilke pasienter de har ansvar for må klinikkene ha gode rutiner for registrering av pasientene. Det samme gjelder de pasientene som overføres til andre klinikker enten det gjelder innenfor eller utenfor landets grenser.

#### *8. Antall mor-barn-smitte: mål = 0*

*9. Gjennomsnittlig tilfredshet med oppfølgingen de får på hiv-klinikken: mål > 8  
Se punkt 6.3*

#### *10. Årlig dødelighet: mål < 1 %*

Denne indikatoren er vårt harde endepunkt. Ved hiv-epidemiens begynnelse på 80-tallet var den årlige dødeligheten meget høy. Med dagens effektive kombinasjonsbehandling bør den årlige dødeligheten blant hiv-positive være på nivå med normalbefolkningen. I Sverige er Gjennomsnittlig årlig dødelighet blant hiv-positive på < 1%, men hvis man ser på gruppen sprøytemisbrukere er tallene høyere. Ulikheter mellom risikogrupperne er noe NORHIV også vil se nærmere på etter hvert.

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

NORHIV har et pasientrapportert utkommemål (PROM). Dette er en PROM som kun er utviklet og testet på Infeksjonsmedisinsk poliklinikk på Ullevål, men som ikke er validert eller brukt i andre tilsvarende register. Pasienten skal ved hver årskontroll fylle ut et skjema med følgende spørsmål: «På en skala fra 0 (svært misfornøyd) til 10 (svært fornøyd) hvor godt fornøyd du er totalt sett med oppfølgingen på poliklinikken? Sett kryss ved det tallet du mener passer best». På skjema er det et fritextfelt hvor man kan komme med forslag til forbedringer. På sikt ønsker vi å benytte standardiserte PROM og PREM verktøy som gjør det mulig å sammenligne hivpasienter med andre norske kronikergrupper f.eks. pasienter med diabetes eller leddgikt.

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

Det er få sosiale og demografiske data som blir registrert i NORHIV. Det som registreres er alder, kjønn, etnisitet (kaukasier, asiat, afrikansk, latinamerikansk, annen), smittemåte og pasientansvarlig helseforetak.

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

NORHIV har i betydelig grad bidratt til utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer på området, siden det pr i dag ikke finnes andre nasjonale kvalitetsindikatorer for hiv-oppfølgning/ behandling enn de 10 som er utviklet av NORHIV jmf. Kapittel 6.2.

## **6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer**

Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) utarbeider årlig «Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv» se hivfag.no. Disse bygger på europeiske retningslinjer fra European AIDS Clinical Society (se [www.eacs.eu/gudelines](http://www.eacs.eu/gudelines)). De norske retningslinjene er grunnlaget for de fleste av kvalitetsindikatorerne som er utviklet i NORHIV. Man kan således bruke kvalitetsregisteret til å måle helseforetakenes etterlevelse når det gjelder implementering av gjeldende retningslinjer.

## **6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder**

Kvalitetsindikator nr. 6 kartlegger hvor mange av pasientene som ikke har nådd behandlingsmålet dvs. hivrna = 0 innen 6 måneder på behandling. Det vil alltid finnes enkelte pasienter som av ulike årsaker i perioder har dårlig medikamentetterlevelse. Konsekvensen kan bli sviktende immunforsvar og hivrelaterte sykdommer og plager. Pasienter med dårlig etterlevelse har økt risiko for utvikling av hiv-resistens og med det redusert utvalg av midler med effekt mot hivviruset.

I kommende år vil kvalitetsindikator nr. 2 (andel hivpasienter som er på behandling) være spesielt i fokus. Siden man fra juni 2015 anbefalte at samtlige starter behandling er målet endret fra «andel på behandling > 85%» til «antall på behandling 100%». Hiv-klinikker som har en lavere andel på behandling enn det nasjonale gjennomsnittet vil måtte se nærmere på egen virksomhet for å finne årsaken.

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

Infeksjonspoliklinikken på Ullevål har jobbet systematisk med NORHIV kvalitetsindikatorer siden 2013. Flere tiltak er initiert av dette arbeidet:

- 1) intensivert innkalling og oppfølging av pasienter som ikke møter til årlig kontroll (indikator nr.7).
- 2) bedre psykososial kartlegging og økt tverrfaglig samarbeid om pasienter på hiv-behandling som ikke har viruskontroll (indikator nr.6).
- 3) alle hivpasienter har fått egen koordinator (fast sykepleier) som er registrert i EPJ.

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

1) Kvalitetsindikator nr.7 ble også brukt til å evaluere tiltaket som ble innført dvs. intensivert innkalling og oppfølging av pasienter som ikke møter til årlig kontroll. Andel pasienter som møtte til kontroll økte betydelig.

Tiltak nr 2) + 3) under punkt 6.8 er nylig implementert og ennå ikke evaluert, men metoden blir den samme dvs. man vil måle andelen som møter til årlig kontroll (indikator 7) og andel på behandling med viruskontroll (indikator 6). Begge vil øke hvis de kliniske tiltakene er gode.

## **6.10 Pasientsikkerhet**

Det som registreres av behandlingskomplikasjoner er bivirkninger av hivmedisinene. NORHIV rapporterer ikke til pasientsikkerhetsprogrammet.

# **7. Formidling av resultater**

På grunn av manglende konsesjon fra Datatilsynet foreligger det dessverre ingen nasjonale resultater fra NORHIV for 2014.

## **7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø**

Datafangsten gjøres lokalt og deltakende fagmiljø eier således egne data. Planen er at kun anonymiserte data vil bli eksportert nasjonalt.

## **7.2 Resultater til administrasjon og ledelse**

Datafangsten gjøres lokalt og deltakende fagmiljø eier således egne data. Administrasjon og ledelse i de ulike helseforetakene vil kunne etterspørre data fra lokale NORHIV register. Nasjonale NORHIV vil fortrinnsvis publisere nasjonale data, eventuelt også samledata mht. kvalitetsindikatorer for de ulike helseregioner dersom det lokale NORHIV registeret ønsker det.

## **7.3 Resultater til pasienter**

NORHIV legger opp til årlige brukermøter både på lokalt og nasjonalt nivå minst 1 gang pr år. Dette vil gjerne være i tilknytning til HIV/AIDS-dagen 1.desember hvert år.

## **7.4 Offentliggjøring av resultater på institusjonsnivå**

Se punkt 7.2

# **8. Samarbeid og forskning**

## **8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre**

På grunn av manglende konsesjon fra Datatilsynet foreligger det ingen nasjonale resultater fra NORHIV for 2014.

## **8.2 Vitenskapelige arbeider**

Se punkt 8.1

### 9. Forbedringstiltak

Hovedfokus for 2016 er å utvikle en teknisk løsning for NORHIV i MedInsight, både til bruk lokalt (personidentifiserbart) og nasjonalt (anonymisert). Det er gjort avtale med MedInsight om dette og arbeidet vil starte omkring 1.februar 2016. Midler tildelt NORHIV fra Helse Sør Øst tidligere vil bli benyttet til dette utviklingsarbeidet.

Nye registrerende enheter/avdelinger: Tønsberg vil være det helseforetaket som starter i pilotprosjektet for lokal løsning i MedInsight i samarbeid med Oslo universitetssykehus.

Hovedfokus for 2017 vil være å levere data, ikke bare lokalt, men også på nasjonalt nivå.

## Del III Stadiевurdering

# 10. Referanser til vurdering av stadium

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Norsk kvalitetsregister for hiv (NORHIV)*

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
<b>Stadium 2</b>				
1	Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner	<a href="#">3</a>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Presenterer resultater på nasjonalt nivå	<a href="#">3</a>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	<a href="#">5.2</a>	<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	<a href="#">7.1</a>	<input checked="" 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"/>
<b>Stadium 3</b>				
6	Kan redegjøre for registerets datakvalitet	<a href="#">5.5</a> , <a href="#">5.6</a> , <a href="#">5.7</a>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte og nasjonale resultater	<a href="#">7.1</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste nasjonale retningslinjer der disse finnes	<a href="#">6.6</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Har identifisert kliniske forbedringsområder basert på	<a href="#">6.7</a>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

analyser fra registeret

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

#### Stadium 4

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