

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg)

28. juni 2024

Årsrapport for 2023
med plan for
forbedringstiltak

Innhold

I	Årsrapport	3
1	Sammendrag	4
1.1	Summary in English	4
2	Resultater	6
2.1	Kvalitetsindikatorer	6
2.1.1	Prosessindikator: Behandlertilsyn	8
2.1.2	Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn	9
2.1.3	Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling	10
2.1.4	Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider	11
2.1.5	Resultatindikator: Smerteintensitet	13
2.1.6	Resultatindikator: Pasienttilfredshet	14
2.1.7	Resultatindikator: Akseptabel smerte ved siste tilsyn	14
2.1.8	Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå	14
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	18
2.3	Andre analyser	20
2.3.1	Etter overgang til reservasjonsrett: sammenligning med tidligere år	20
2.3.2	Demografi	20
2.3.3	LAR og rus	20
2.3.4	Smertekategori	22
II	Administrative opplysninger	25
3	Registerbeskrivelse	26
4	Datakvalitet	31
4.1	Tilslutning og antall registreringer	31
4.2	Dekningsgrad og responsrate	31
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	31
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	31
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	32
4.3	Vurdering av datakvalitet	32
4.3.1	Generell vurdering av datakvalitet	34
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	35
5.1	Identifiserte forbedringsområder	35
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	35
6	Formidling av resultater	40
7	Samarbeid og forskning	41

7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	41
7.2	Datautleveringer fra registeret	41
7.3	Vitenskapelige artikler	41
III	Plan for forbedringstiltak	43
8	Referanser til vurdering av stadium	44
8.1	Vurderingspunkter	44
9	Utvikling av registeret	46
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	46
9.2	Planer og behov	46
9.3	Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet	48
10	Litteratur	49

Forord

Norsk akutt smertemedisin er sammensatt, men vi har gradvis samlet oss og funnet en felles plattform hvor vi registrerer aktiviteten og kan vurdere resultatene. Registeret har nå oversikt over alle akutt smerteteam på norske sykehus. Ti sykehus registrerer allerede og det jobbes for å øke tilslutningen og øke antall sykehus med smerteteam. SmerteReg retter en stor takk til alle medarbeidere rundt omkring på medlemsenhetene våre. De gjør daglig en stor innsats for at vi sammen skal bygge og opprettholde et godt register. SmerteReg har også et godt og nyttig samarbeid med Helse Vest IKT, Helse Nord IKT, Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE), Forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen HF og Kirurgisk Serviceklinikk i Helse Bergen HF. Uten et løpende og godt samarbeid med alle disse ville det ikke vært mulig å drive SmerteReg på samme nivå med de ressursene registeret rår over i dag. Årsrapporten er omfattende, og det ville være rart om ingen feil har sneket seg inn. Om du som leser finner feil, mangler eller noe som er tvetydig, send gjerne en melding til Smertereg@helse-bergen.no.

Del I

Årsrapport

1 Sammendrag

Det mest markante som skjedde i 2023 var at dekningsgraden økte fra 36% i 2022 til 98% i 2023. Dette resulterte i at antall inkluderte forløp økte fra 568 i 2022 til 1757 i 2023.

Det er videre gledelig at to nye sykehus (OUS-Radiumhospitalet og Levanger) har begynt å levere data til SmerteReg i løpet av 2023.

Vi har i årets rapport lagt inn en ny tabell som sammenligner sentrale data inkludert kvalitetsindikatorerne før og etter innføring av reservasjonsrett. Denne viser at det stort sett er nedgang i mål-oppnåelse for de fleste indikatorne. Det er nå kun indikatoren som omhandler nedtrappingsplan for opioider hvor alle sykehus har god mål-oppnåelse. Vi vil analysere og adressere dette kontinuerlig fremover for å øke disse.

I 2022 gjennomførte SmerteReg et nasjonalt SKDE-finansiert kvalitetsforbedringsprosjekt der man klarte å øke andelen forløp hvor ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak ble benyttet fra 42% i 2020 til 57% i 2022. Prosjektet gikk frem t.o.m. juni 2023. I 2023 jobbet vi videre med spredning til flest mulig pasienter i Norge gjennom å lage en brosjyre og en omfattende nettside om ikke-medikamentell smertebehandling.

I tillegg fikk SmerteReg også i 2023 tildelt lokale midler fra Helse Vest for å forbedre datakvalitet på pasientrapporterte data (nrs og eprom). Disse inkluderte betydelig involvering av brukerrepresentanter og utvalgte pasienter ble ringt opp. Funn og forslag til tiltak ble diskutert med det nasjonale miljøet og ulike tiltak blir utført i 2024.

Registeret har nå stabilt god dekningsgrad på over 98%, har i rapporteringsåret gjennomført to kvalitetsforbedringsprosjekter for å øke andelen av besvarelser på pasientrapporterte data. SmerteReg har videre fått midler fra Helse Vest i 2024 for å ytterligere å spre kunnskap om og bruk av ikke-medikamentelle teknikker i akutt smertebehandling til flere pasienter på norske sykehus. Vi jobber og med å øke bruken av data fra registeret slik at de blir brukt til mer forskning og kvalitetsforbedring i tiden som kommer.

Lars Jørgen Rygh

Stefanie Erhard-Midttun

Janne Mannseth

Monica Strøm

Anne Mari Gunnheim Klausen

1.1 Summary in English

The most notable event in 2023 was the increase in coverage from 36% in 2022 to 98% in 2023. This resulted in the number of included cases rising from 568 in 2022 to 1757 in 2023. It is also pleasing that

two new hospitals (OUS Radiumhospitalet and Levanger) have begun submitting data to SmerteReg during 2023.

In this year's report, we have included a new table comparing key data, including quality indicators before and after the introduction of the right of reservation. This shows that there is generally a decline in goal achievement for most indicators. Now, only the indicator concerning the opioid tapering plan shows good goal achievement across all hospitals. We will continuously analyze and address this to improve these metrics.

In 2022, SmerteReg carried out a national quality improvement project funded by SKDE, managing to increase the proportion of cases where non-pharmacological pain relief measures were used from 42% in 2020 to 57% in 2022. In 2023, we continued spreading this to as many patients as possible in Norway by creating a brochure and a comprehensive website about non-pharmacological pain management.

Additionally, SmerteReg received local funds from Helse Vest to improve the data quality on patient-reported data (NRS and ePROM). This included significant involvement of user representatives, and selected patients were called. Findings and suggestions for measures were discussed with the national community, and various measures will be implemented in 2024.

The registry now has a stable high coverage of over 98% and has conducted two quality improvement projects in the reporting year aimed at increasing the response rate of patient-reported data. SmerteReg has also received funds in 2024 to further spread knowledge about and the use of non-pharmacological techniques in acute pain management to more patients in Norwegian hospitals. We are also working on increasing the use of data from the registry so that it will be used for more research and quality improvement in the future.

2 Resultater

2.1 Kvalitetsindikatorer

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Antall forløp hvor pasienten er tilsett/gitt råd av to eller flere behandlere
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 40-79 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Best practice
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten ble tilsett/gitt råd av to eller flere behandlere Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Antall forløp hvor pasienten er tilsett/gitt råd samme dag som henvist
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Den australske og new zelandske anestesiforeninges guidelines for akutt smertebehandling (kort: Guidelines) (kpt 2 og 3): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten ble tilsett/gitt råd samme dag som henvist Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor ikke-medikamentell behandling startes av smerteteamet
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 7): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten fikk ikke-medikamentell behandling Nevner: Totalt antall forløp i registeret hvor dette var aktuelt

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter har fått laget nedtrappingsplan for opioider
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor pasienter har fått laget nedtrappingsplan for opioider hvor det ble vurdert nødvendig Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i smerteintensitet fra første til siste måling (høyeste og laveste smerte i ro og bevegelse, til sammen 8 undergrupper
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten rapporterte nedgang i smerteintensitet fra første til siste tilsyn Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Best practice
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor det rapporteres Akseptabel smerte ved siste tilsyn
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor det rapporteres akseptabel smerte ved siste tilsyn Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines(kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert (5) Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden

2.1.1 Prosessindikator: Behandlertilsyn

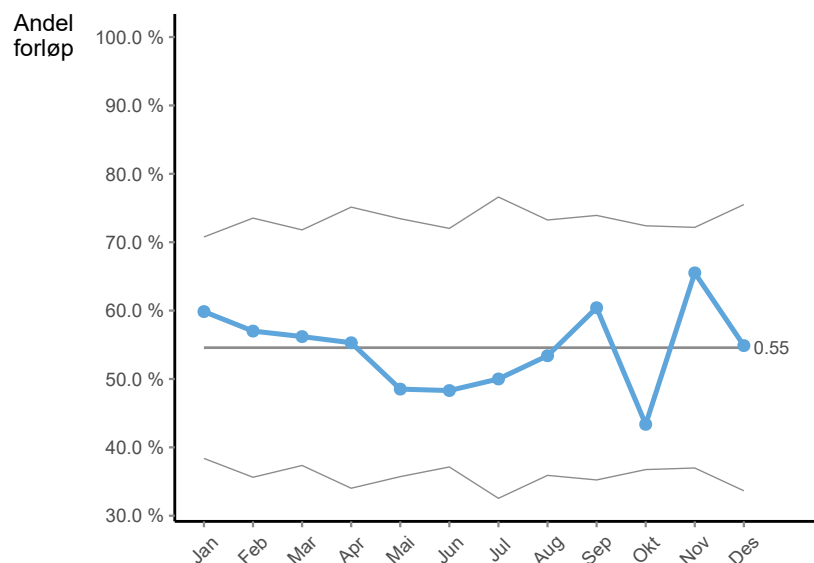
Pasienter som henvises til smerteteam er ofte kompliserte og tilsyn fra flere behandlergrupper er ofte ansett nødvendig. En pasient kan få smertetilsyn fra flere ulike behandlere, og antall tilsyn fra lege, sykepleier, sosionom, psykolog og fysioterapeut registreres. Den første kvalitetsindikatoren til SmerteReg er *Andel forløp hvor pasienter ble tilsett av minst to ulike faggrupper*.

Andelen som får tilsyn fra to eller flere behandlere per sykehus er vist i [tabell 2.1](#) på neste side og vi ser at det er relativt stor variasjon mellom sykehusene. [Figur 2.1](#) på neste side viser hvordan andelen forløp med to eller flere behandlere til smertetilsyn nasjonalt har endret seg over tid i løpet av 2023. Det kan være noe sesongvariasjon i andel pasienter, og noe av endringene kan være tilfeldigheter. Punkter som faller utenfor nedre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå skulle oppstå (nedre linje indikerer laveste verdi vi kan *forvente* å få dersom det ikke er noen reell forskjell i hvordan tilsynene er utført (Shewharts 3 sigma-grenser). Ingen måned skilte seg ut i år 2023. Her er alle punktene over nedre grense, selv om det er noe mer sprikende punkter mot slutten av året.

Det er ønskelig å se hvor mange ulike behandlergrupper som er vanlig per forløp. I figur 2.2 på neste side kan vi se gjennomsnittlig antall ulike behandlere per forløp over tid i 2023. Punkter som faller utenfor nedre/øvre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå/høyt skulle oppstå. Her er alle punktene innenfor linjene, men vi ser også her at det varierer mer mot slutten av året.

TABELL 2.1: Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst 2 ulike behandlere, totalt i registeret.

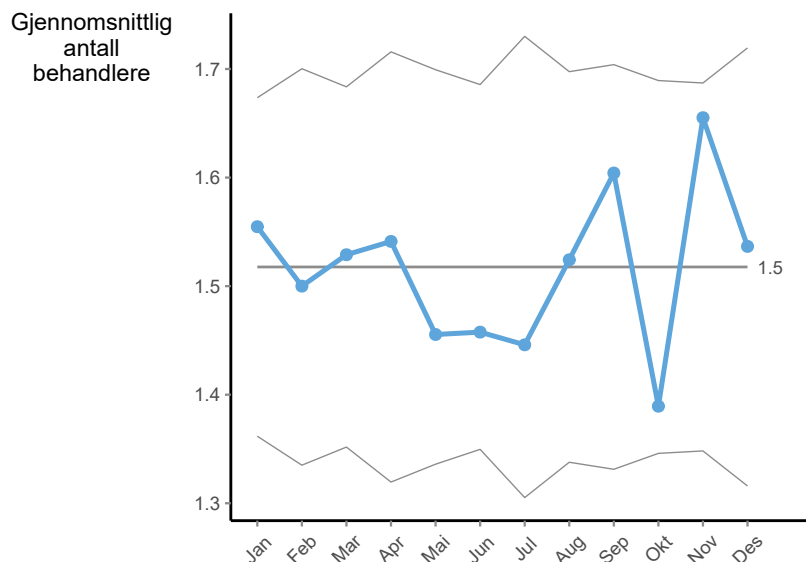
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	680	1246	55 %
Ahus	44	91	48 %
Helse Bergen	175	238	74 %
Levanger	5	7	71 %
Møre og Romsdal	69	94	73 %
OUS, RAD	2	2	100 %
OUS, RH	27	117	23 %
OUS, UL	75	240	31 %
St. Olavs	188	246	76 %
UNN	95	136	70 %
Vestre Viken	0	75	0 %



FIGUR 2.1: Andel forløp med smertetilsyn fra to eller flere ulike behandlere per måned. Tallene er basert på 1246 forløp.

2.1.2 Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn

Den andre kvalitetsindikatoren i SmerteReg er *Andel forløp hvor pasienter ble tilsett samme dato som de ble henvist*. Andel forløp som fikk tilsyn samme dag som henvisning er vist i figur 2.3 på side 11. Ingen av månedene har resultater under nedre grense, og nasjonalt



FIGUR 2.2: Gjennomsnittlig antall ulike behandlere på smertetilsyn per forløp over tid. Tallene er basert på 1246 forløp.

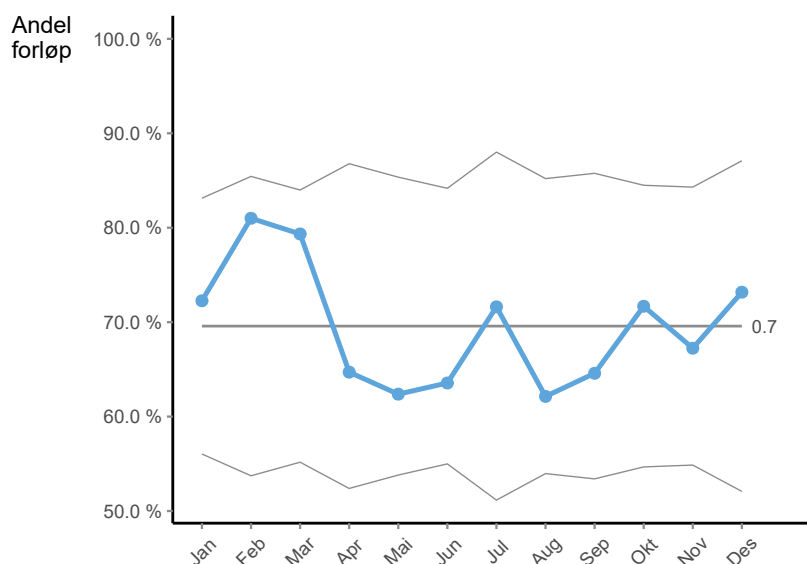
har resultatene vært relativt jevne i løpet av året. Tabell [tabell 2.2](#) viser andel og antall på sykehusnivå. Mange sykehus har høy andel, men noen ligger også rundt 50%. I [figur 2.4](#) på neste side ser vi den nasjonale fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn.

TABELL 2.2: Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist.

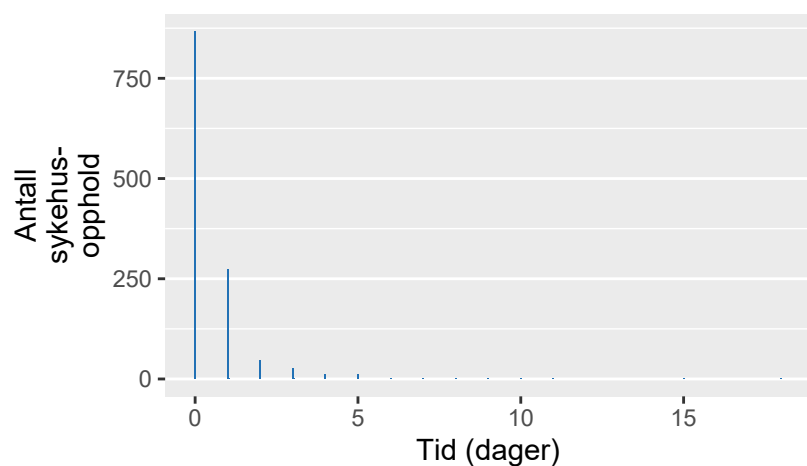
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	867	1246	70 %
Ahus	43	91	47 %
Helse Bergen	168	238	71 %
Levanger	6	7	86 %
Møre og Romsdal	38	94	40 %
OUS, RAD	1	2	50 %
OUS, RH	101	117	86 %
OUS, UL	182	240	76 %
St. Olavs	182	246	74 %
UNN	76	136	56 %
Vestre Viken	70	75	93 %

2.1.3 Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling

I denne indikatoren måles *Andel forløp hvor ikke-medikamentell behandling startes av smerteteamet*. Det er ønskelig å utnytte også ikke-medikamentell behandling ved akutt smertebehandling. Dette inkluderer alt fra enkle tiltak som for eksempel varme/kuldebehandling og mobilisering til berøringstrening og spillbehandling. Videre også ulike fysioterapeutiske tiltak inkludert TENS og avspenning



FIGUR 2.3: Andel forløp med tilsyn samme dag som de ble henvist. Basert på 1246 forløp



FIGUR 2.4: Fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn. Basert på 1246 sykehusopphold for 1267 pasienter.

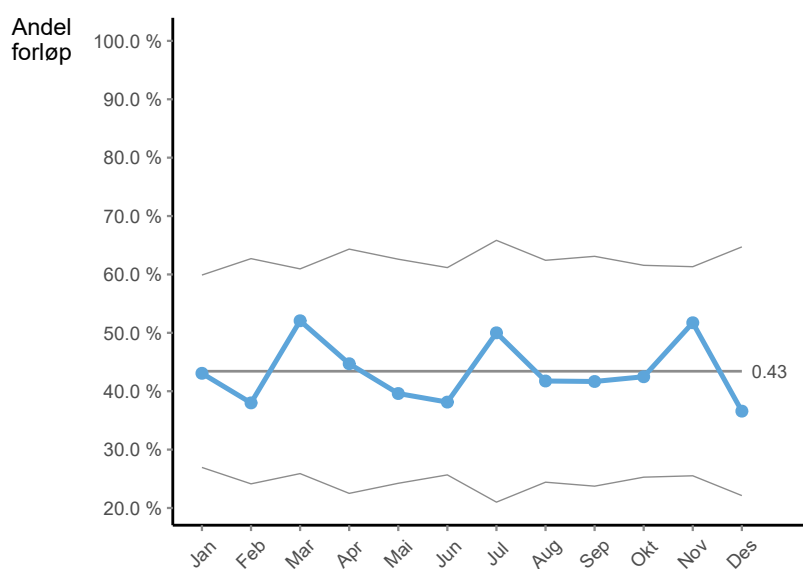
og ikke minst kognitive tilnærminger som for eksempel avledning, smertemestring og endringsorientert samtale. Tabell [tabell 2.3](#) på neste side viser andel og antall på sykehusnivå, der det går fra veldig lavt og opp mot 60%. I [figur 2.5](#) på neste side ser vi den nasjonale andelen per måned. Den har holdt seg veldig jevn året gjennom.

2.1.4 Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider

Denne indikatoren ser på *Andel forløp hvor pasienter har fått laget nedtrappingsplan for opioider*. Sterke smertestillende er effektive og potente medikamenter som brukes i utstrakt grad i akutt smertebehandling på sykehus. Langvarig bruk er derimot sjelden indisert og det er derfor viktig at pasienter som behandles med slike medikamenter også får en nedtrappingsplan for å hjelpe med optimal bruk. Tabell [tabell 2.4](#) på side [13](#) viser andel og antall på sykehusnivå, og

TABELL 2.3: Antall og andel forløp som har mottatt ikke-medikamentell behandling.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	541	1246	43 %
Ahus	43	91	47 %
Helse Bergen	136	238	57 %
Levanger	3	7	43 %
Møre og Romsdal	14	94	15 %
OUS, RAD	0	2	0 %
OUS, RH	61	117	52 %
OUS, UL	113	240	47 %
St. Olavs	93	246	38 %
UNN	71	136	52 %
Vestre Viken	7	75	9 %

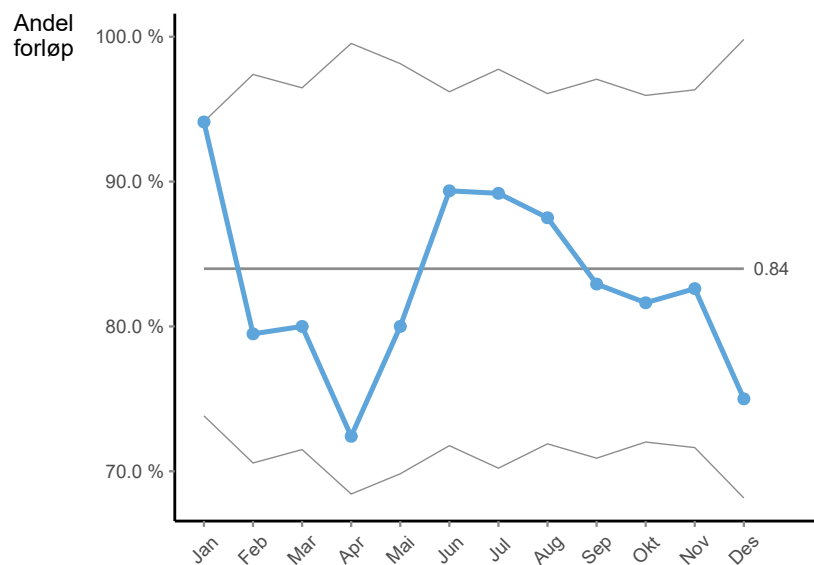


FIGUR 2.5: Andel forløp med ikke-medikamentell behandling per måned. Tallene er basert på 1246 forløp.

veldig mange av sykehusene har veldig høy andel. I figur 2.6 på neste side ser vi den nasjonale andelen per måned, og at den har variert i løpet av året, med en tilsynelatende nedadgående kurve siste kvartal.

TABELL 2.4: Antall og andel forløp som har fått nedtrappingsplan av de som ble vurdert å skulle følges opp.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	430	512	84 %
Ahus	37	39	95 %
Helse Bergen	145	168	86 %
Levanger	1	1	100 %
Møre og Romsdal	14	16	88 %
OUS, RH	44	48	92 %
OUS, UL	86	123	70 %
St. Olavs	36	45	80 %
UNN	34	38	89 %
Vestre Viken	33	34	97 %



FIGUR 2.6: Månedlig andel forløp som har mottatt en nedtrappingsplan. Tallene er basert på 512 forløp.

2.1.5 Resultatindikator: Smerteintensitet

Den første resultatindikatoren til SmerteReg går på pasientenes opplevelse av smerter i ro og i bevegelse, som måles med en NRS-skala fra 0 til 10 hvor 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienter i SmerteReg fyller ut en slik skala ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Resultatindikatoren er: *Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i sterkeste smerte i bevegelse fra første til siste måling, Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i svakeste smerte i bevegelse fra første til siste måling, Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i sterkeste smerte i ro fra første til siste måling og Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i svakeste smerte i ro fra første til siste måling.*

Fordelingen av pasientens endring mellom første og siste score ses i figur 2.7 på side 15. Spesielt for sterkeste smerte-målingene oppgir flere lavere smertescore. Vi ser at som tidligere år har ca 2/3

av pasientene en nedgang i smerteintensitet fra første til siste tilsyn. Årsakene til at ikke alle pasientene har nedgang er forklart i tidligere årsrapporter og inkl bla økt bevegelse ved siste tilsyn samt at smerteteam ofte kommer inn i bildet når smertene (og sykdom) øker på. I figur 2.8 på side 16 vises en oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn per forløp.

2.1.6 Resultatindikator: Pasienttilfredshet

Den andre resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam*. Dette er de to beste scorene av totalt fem på spørsmålet om i hvor stor grad pasienten er fornøyd med behandlingen de fikk av smerteteamet. Dette vises fordelt per sykehus i tabell 2.5, hvor andelen relativt høye. I 2023 var pasienttilfredsheten ganske stabil over tid, som vist i figur 2.9 på side 16.

TABELL 2.5: Forløp med beste eller nest beste score på spørsmålet «Hvor fornøyd er du med ivaretagelsen fra Smerteteamet?»

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	208	287	72 %
Ahus	23	31	74 %
Helse Bergen	40	56	71 %
Levanger	1	1	100 %
Møre og Romsdal	20	31	65 %
OUS, RAD	1	1	100 %
OUS, RH	16	24	67 %
OUS, UL	51	70	73 %
St. Olavs	26	38	68 %
UNN	22	24	92 %
Vestre Viken	8	11	73 %

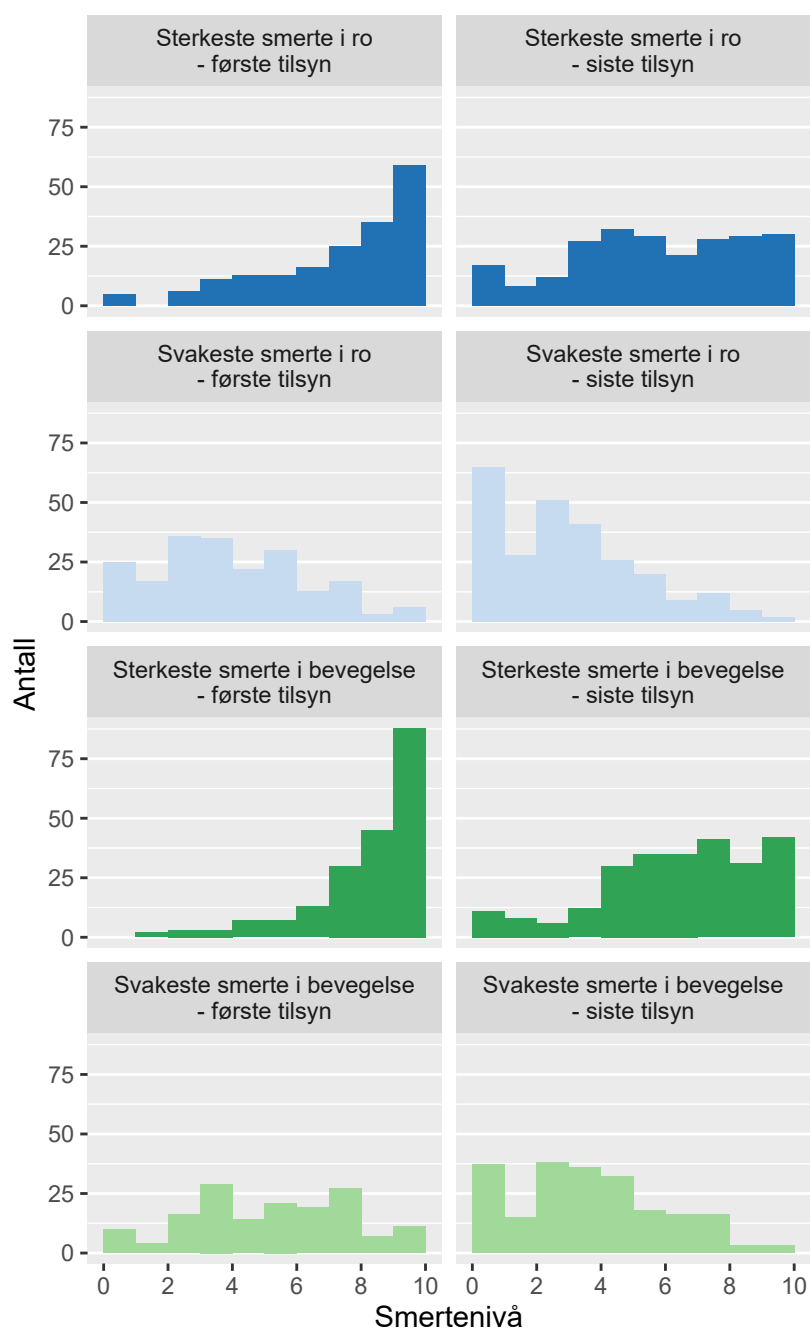
2.1.7 Resultatindikator: Akseptabel smerte ved siste tilsyn

Den neste resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor pasienter rapporterte akseptabel smerte ved siste tilsyn*. Dette vises fordelt per sykehus i tabell 2.6 på side 17 der det er litt variasjon i resultatene. Nasjonale resulater per måned vises i figur 2.10 på side 17, og de er veldig jevne bortsett fra et dropp i desember.

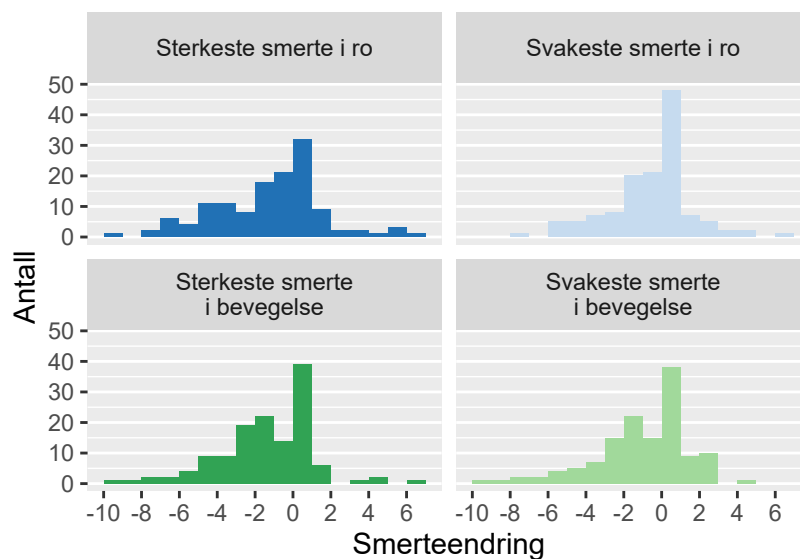
2.1.8 Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå

Den neste resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert (5)*. Dette vises fordelt per sykehus i tabell 2.7 på side 17 og månedlig for nasjonale tall i figur 2.11 på side 18. Andelen er relativt lav, men jevn i løpet av året.

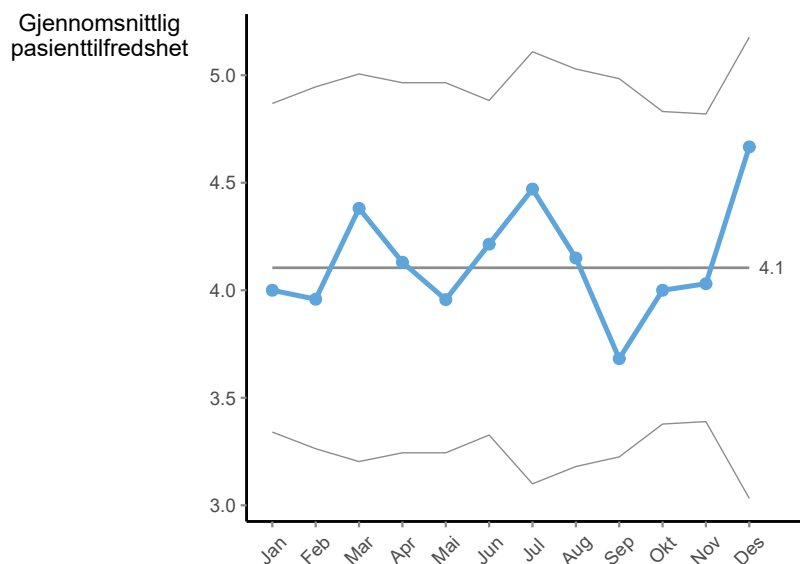
En andel på (61 %) hadde ingen endring fra første til siste tilsyn (ekskludert de som scoret høyeste mulig verdi begge gangene).



FIGUR 2.7: Fordeling av pasientenes opplevelse av smerte ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Pasientene målte smerten sin på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig smerte, og figuren viser pasientenes respons på smertenivå på det sterkeste og på det svakeste, i ro og i bevegelse. Færre pasienter har veldig sterk smerte ved siste tilsyn i forhold til ved første tilsyn. Tallene er basert på 274 forløp.



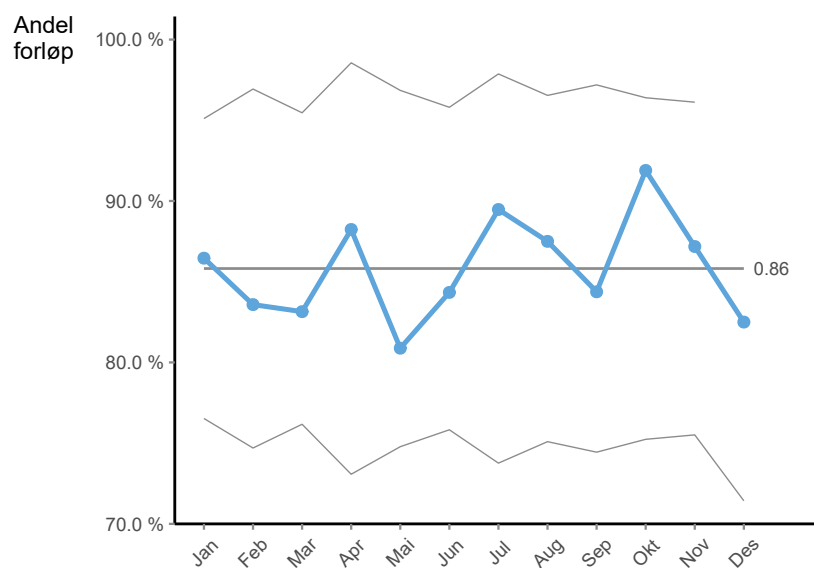
FIGUR 2.8: Oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn fordelt over antall forløp. Tallene er basert på 132 forløp der spørsmålet har blitt besvart både ved første og siste tilsyn.



FIGUR 2.9: Gjennomsnittlig pasienttilfredshet per måned i 2023. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 1 er ikke fornøyd med iveratekelsen fra Smerteteam i det hele tatt, mens 5 er i svært stor grad fornøyd. Det er ønskelig med et høyt gjennomsnitt. Tallene er basert på 287 forløp som har svart på skjema om tilfredshet.

TABELL 2.6: Antall og andel forløp som hadde akseptabel smerte ved siste tilsyn av de som var aktuelle.

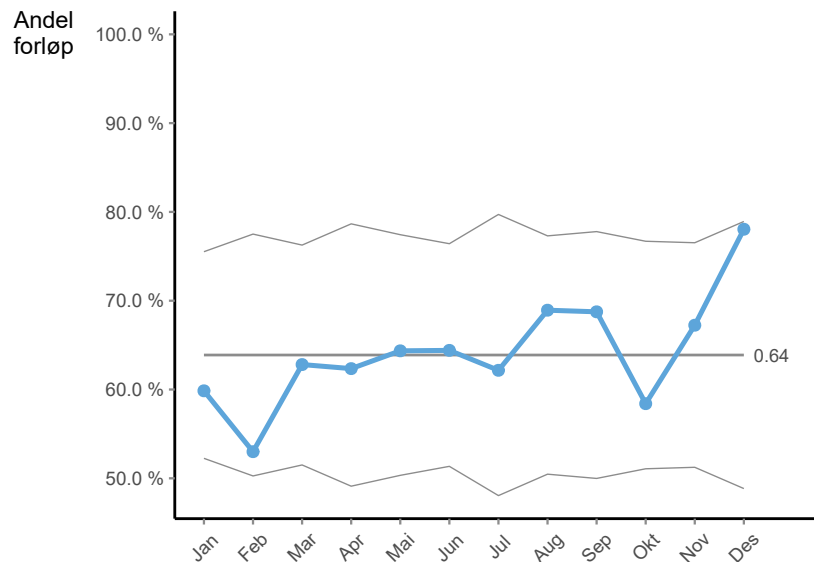
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	720	839	86 %
Ahus	38	57	67 %
Helse Bergen	144	157	92 %
Levanger	4	4	100 %
Møre og Romsdal	50	57	88 %
OUS, RH	76	83	92 %
OUS, UL	143	171	84 %
St. Olavs	141	160	88 %
UNN	71	82	87 %
Vestre Viken	53	68	78 %



FIGUR 2.10: Andel forløp med akseptabel smerte ved siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 839 forløp.

TABELL 2.7: Antall og andel forløp som hadde funksjonsforbedring, eller som beholdt maks funksjon, fra første til siste tilsyn.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	664	948	70 %
Ahus	65	89	73 %
Helse Bergen	138	174	79 %
Levanger	3	5	60 %
Møre og Romsdal	68	84	81 %
OUS, RH	73	84	87 %
OUS, UL	127	182	70 %
St. Olavs	89	170	52 %
UNN	58	94	62 %
Vestre Viken	43	66	65 %



FIGUR 2.11: Andel forløp med funksjonsforbedring fra første til siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 1246 forløp.

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

I denne seksjonen finner vi andelen forløp med besvarelse på de ulike pasientdelene, og eventuelt årsaker til hvorfor besvarelse mangler.

I tabell 2.8 ser vi oversikten over hvor mange som har forløp med besvart pasientdel i Eval-skjema. Den er lav, med høyeste verdi på 50% (og bare to pasienter). tabell 2.9 på neste side viser oversikt over forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS, som gir ganske tilsvarende tall.

TABELL 2.8: Forløp med besvarelse på pasientdelen i evalueringsskjema.

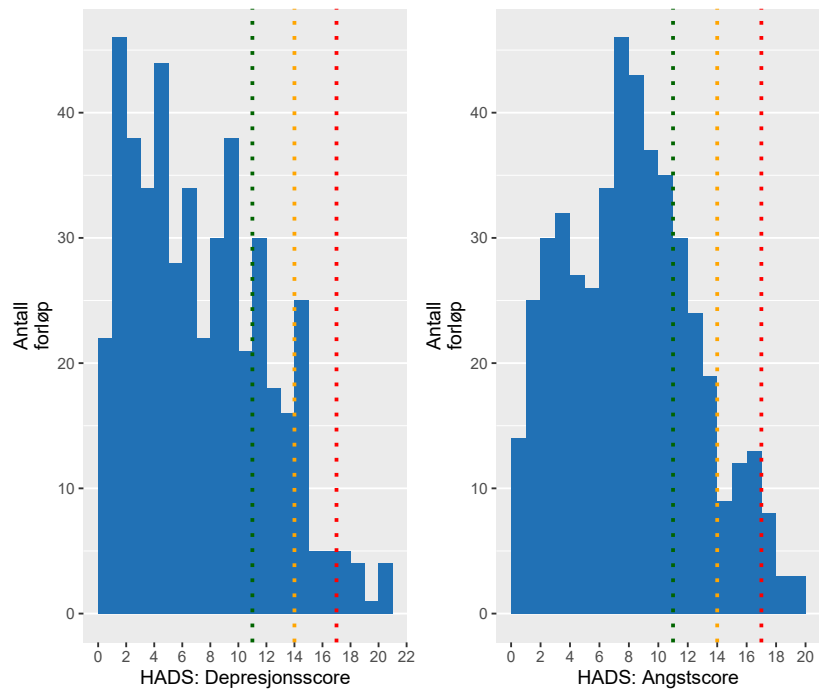
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	303	1512	20 %
Ahus	35	102	34 %
Helse Bergen	59	374	16 %
Levanger	1	7	14 %
Møre og Romsdal	32	94	34 %
OUS, RAD	1	2	50 %
OUS, RH	25	137	18 %
OUS, UL	72	266	27 %
St. Olavs	40	294	14 %
UNN	25	144	17 %
Vestre Viken	13	92	14 %

Fra figur 2.12 på neste side ser vi hvordan depresjons-og angstscoren fordeler seg for de pasientene som har svart på HADS-spørreskjema. Poengscorene vurderes som følger: lavere enn den grønne linjen viser ingen tegn til symptomer, mellom den grønne og den gule linjen viser milde symptomer, mellom den gule og den

TABELL 2.9: Forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	470	1512	31 %
Ahus	47	102	46 %
Helse Bergen	129	374	34 %
Levanger	0	7	0 %
Møre og Romsdal	30	94	32 %
OUS, RAD	1	2	50 %
OUS, RH	32	137	23 %
OUS, UL	83	266	31 %
St. Olavs	80	294	27 %
UNN	42	144	29 %
Vestre Viken	26	92	28 %

røde linjen er moderate symptomer, mens over den røde er alvorlig symptomer.



FIGUR 2.12: Fordeling av score på HADS-spørreskjema for depresjon og angst. Grønn linje viser grensen for ingen symptomer, gul linje for milde symptomer, rød linje for alvorlige symptomer.

2.3 Andre analyser

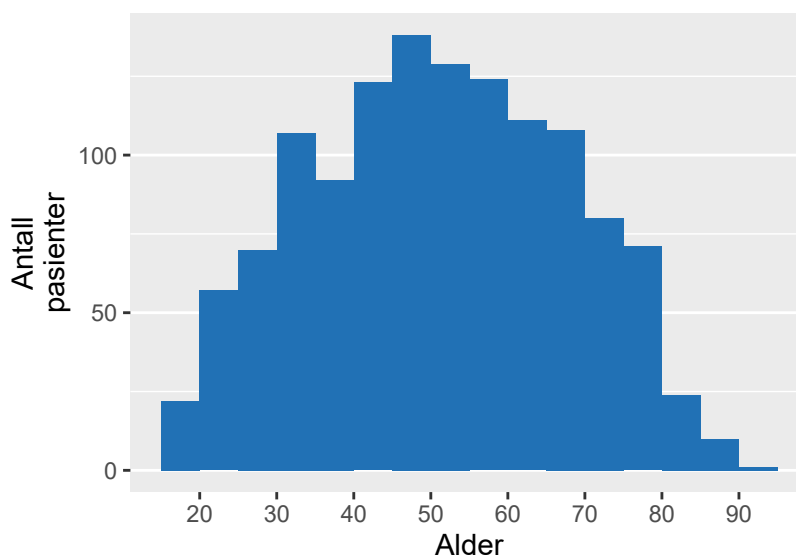
2.3.1 Etter overgang til reservasjonsrett: sammenligning med tidligere år

Den 25. november 2022 gikk registeret over til inklusjon ved reservasjonsrett. Etter dette har det vært en vesentlig økning i antall inkluderte pasienter. Videre tok vi også bort alle inklusjonskriterier unntatt alder (over 18 år). Dette bidro ytterligere til økning i antall inkluderte. Vi ser på hvordan dette har påvirket indikatorene ved å sammenligne resultatene fra 2023 med resultater fra tidligere år. Tabell 2.10 viser sammenligningsresultatene. Merk: Pasienter kan henvises flere ganger og kan derfor ha flere forløp (i snitt 1.4 forløp).

I tillegg kan vi se på enkelte demografiske variabler. I 2023 var det 49% menn som ble registrert med forløp, mot i 43% 2022, 50% 2021 og 48% i 2020. Gjennomsnittsalder i 2023 var 51 år, mens den var 49 år i 2020-2022. Antall unike pasienter i 2023 var 1267 (84%), 453 (96%) i 2022, 374 (86%) i 2021 og 319 (84%) i 2020.

2.3.2 Demografi

Det er til sammen 1267 unike pasienter i registeret for 2023. Av disse er 620 (49 %) menn. Gjennomsnittsalderen er 51 år, med yngste pasient på 18 år og eldste på 91 år. Aldersfordelingen i registeret for 2023 vises i figur 2.13.



FIGUR 2.13: Aldersfordelingen hos 1267 pasienter i SmerteReg.

2.3.3 LAR og rus

Av de 1512 forløpene i registeret i 2023 er 201 forløp registrert med rus, tidligere rus og/eller LAR (det er mulig for samme pasient å være representert i flere av gruppene). Fordelingen per sykehus for de ulike gruppene er vist i tabell 2.11 på neste side, tabell 2.12 på side 22 og tabell 2.13 på side 22. Snittet for rus og LAR ligger på rundt 5%, mens det for tidligere rus ligger på 13%.

TABELL 2.10: Sammenligning: indikatorer 2020-2023

	År			
	2020	2021	2022	2023
DEKNINGSGRAD				
Antall	440	437	487	1757
Total	918	1287	1335	1792
Andel (%)	48	34	36	98
BEHANDLERTILSYN				
Antall	261	305	344	680
Total	378	437	547	1246
Andel (%)	69	70	63	55
TILSETT/HENVIST SAMME DATO				
Antall	255	298	355	867
Total	378	437	547	1246
Andel (%)	67	68	65	70
IKKE-MED. BEHANDLING				
Antall	142	224	314	541
Total	378	437	547	1246
Andel (%)	38	51	57	43
NEDTRAPPINGSPLAN				
Antall	110	243	282	430
Total	120	304	316	512
Andel (%)	92	80	89	84
FORNØYD MED IVARETAKELSE				
Antall	118	140	158	208
Total	148	169	194	287
Andel (%)	80	83	81	72

Note:

Viser antall ja, totalt antall mulige og andel.

TABELL 2.11: Antall og andel forløp med pågående rus totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	64	1512	4 %
Ahus	0	102	0 %
Helse Bergen	26	374	7 %
Levanger	0	7	0 %
Møre og Romsdal	4	94	4 %
OUS, RAD	0	2	0 %
OUS, RH	5	137	4 %
OUS, UL	12	266	5 %
St. Olavs	7	294	2 %
UNN	4	144	3 %
Vestre Viken	6	92	7 %

TABELL 2.12: Antall og andel forløp i LAR totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	71	1512	5 %
Ahus	2	102	2 %
Helse Bergen	26	374	7 %
Levanger	0	7	0 %
Møre og Romsdal	3	94	3 %
OUS, RAD	0	2	0 %
OUS, RH	2	137	1 %
OUS, UL	13	266	5 %
St. Olavs	11	294	4 %
UNN	7	144	5 %
Vestre Viken	7	92	8 %

TABELL 2.13: Antall og andel forløp med tidligere rus totalt i registeret.

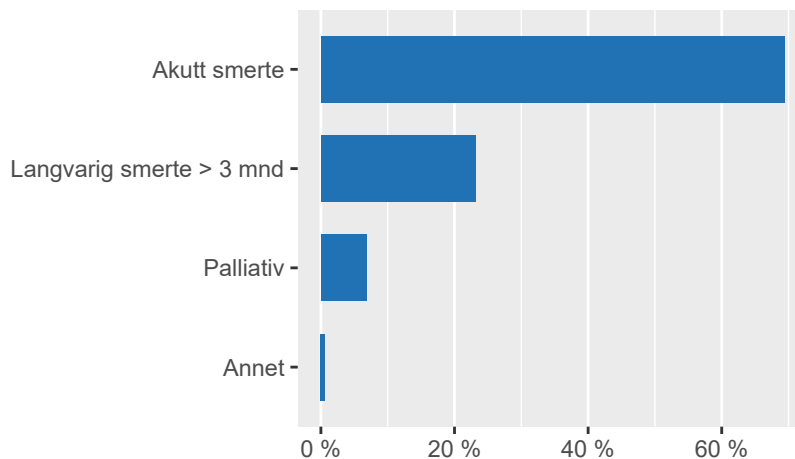
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	201	1512	13 %
Ahus	11	102	11 %
Helse Bergen	65	374	17 %
Levanger	0	7	0 %
Møre og Romsdal	10	94	11 %
OUS, RAD	0	2	0 %
OUS, RH	10	137	7 %
OUS, UL	32	266	12 %
St. Olavs	42	294	14 %
UNN	18	144	12 %
Vestre Viken	13	92	14 %

2.3.4 Smertekategori

I figur 2.14 på neste side følger oversikt over hvordan forløpene fordeles per de ulike smertekategoriene, der en klar størstepart har akutt smerte, etterfulgt av langvarig (> 3 måneder) smerte. I tabell 2.14 på neste side ser vi at det samme også gjelder lokalt for de ulike sykehusene. Det bemerkes at en pasient kan ha flere ulike smertediagnoser som for eksempel to typer akutt smerte og en type langvarig smerte.

I figur 2.15 på neste side ser vi fordeling av forløp på de ulike hovedkategoriene innenfor akutt smerte. Det er tydelig at smerte etter kirurgi er mest vanlig med ca. 65 %, mens smerte ved sykdom og smerte etter skade/traume begge ligger på rundt 15 %.

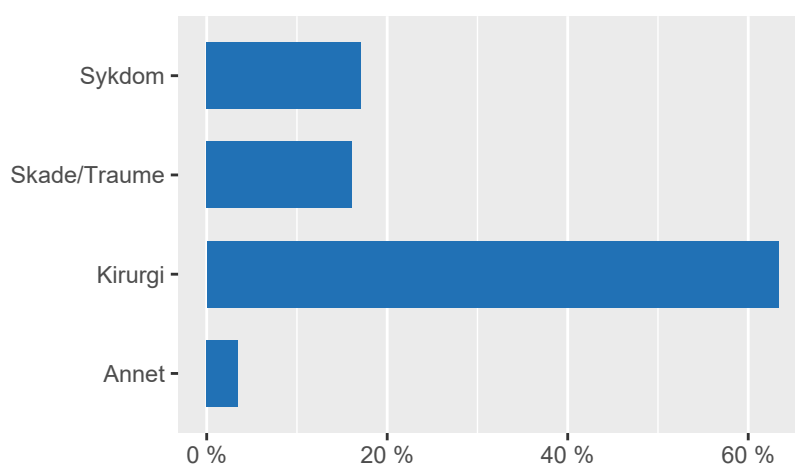
I tabell 2.15 på side 24 finnes en oversikt over andelen forløp som er registrert med både akutt og langvarig smerte og den viser at dette i gjennomsnitt gjaldt i 23 % av alle forløp i 2023.



FIGUR 2.14: Andel tilfeller av hver smertekategori. En pasient kan ha endret smertekategori i løpet av behandling, og kan inngå i flere søyler. Basert på 2890 smertemålinger hos 1512 pasienter.

TABELL 2.14: Antall forløp av ulike smertekategorier. En pasient kan ha opplevd flere ulike typer smerter på étt opphold og inngå i flere av beregningene.

Smertekategori	Akutt smerte	Langvarig smerte over 3 mnd	Palliativ	Annet
Ahus	125	95	2	0
Helse Bergen	537	152	1	3
Levanger	3	2	7	1
Møre og Romsdal	142	21	0	1
OUS, RAD	1		1	0
OUS, RH	255	56	0	1
OUS, UL	503	112	0	1
St. Olavs	183	124	142	9
UNN	140	78	32	1
Vestre Viken	115	30	13	1



FIGUR 2.15: Andel forløp i hver diagnose for tilfeller av akutt smerte. Basert på 2004 smertemålinger for forløp med akutt smerte minst én gang i løpet av sykehusoppholdet.

TABELL 2.15: Oversikt over forløp med både akutt og langvarig smerte.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	348	1512	23 %
Ahus	62	102	61 %
Helse Bergen	77	374	21 %
Levanger	0	7	0 %
Møre og Romsdal	10	94	11 %
OUS, RAD	0	2	0 %
OUS, RH	40	137	29 %
OUS, UL	85	266	32 %
St. Olavs	24	294	8 %
UNN	31	144	22 %
Vestre Viken	19	92	21 %

Del II

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Det var stor og uønsket variasjon i Norge med tanke på hvordan akutt smerteteam ble drevet og organisert og hvilke pasienter de behandlet.
Type register	Tjenesteregister
Årstall etablert	2014
Årstall nasjonal godkjenning	2014
Årstall for start av datainn-samling	2014-2016: kun data fra HB 2016: data fra HB, UNN og St. Olavs
Registerets formål	SmerteRegs overordnede formål er å øke kvaliteten på behandlingen smerteteamene utøver. Videre å redusere uønsket variasjon mellom helseregionene med tanke på hvilke pasienter henvises, hvilke pasienter som tilses og hvilken type behandling de får. Registeret vil være et verktøy for det enkelte sykehus til å drive kvalitetssikring av egen kliniske virksomhet. Det er lagt vekt på at brukerne skal ha et eierforhold til egne data og skal kunne presentere og bearbeide disse selvstendig.
Analysen som belyser registerets formål	Registeret har 8 kvalitetsindikatorer (4 prosess og 4 resultatindikatorer) som publiseres på enhetsnivå og oppdateres minst to ganger i året på sykehusviseren. Videre sendes det hyppige (månedlige) rapporter tilbake til de registrende enhetene.

Juridisk hjemmelsgrunnlag	Samtykkebasert før 25.11.22 og reservasjon fra 25.11.22. SmerteReg hadde opprinnelig konsesjon fra Datatilsynet, men etter at GDPR og forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft er den juridiske hjemmelen for registeret personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 14.
Databehandler	Norsk Helsenett HF
Databehandlingsansvarlig	Helse-Bergen HF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	<p>Faglig Leder Overlege Lars Jørgen Rygh</p> <p>(epost: lars.jorgen.rygh@helsebergen.no, mobil:90770624)</p> <p>Sekretariat: Stefanie Erhard-Midttun</p> <p>Anne Mari Gunnheim Klausen (i permisjon i 2024)</p> <p>Monica Strøm (vikar for Klausen)</p> <p>Epost: smertereg@helsebergen.no</p> <p>Telefon: 55975560</p>

Fagrådets medlemmer	<p>Fagrådet har i 2023 bestått av følgende:</p> <p>Psykologspesialist og nestleder ved seksjons smertebehandling og Palliasjon, HUS Borriks Schjødt, (leder av fagrådet og representant for Helse Vest). Epost: borriks@gmail.com</p> <p>NB: Schjødt har gått av og er erstattet av psykolog Monica Strøm fra HUS fra 1.1.24. Epost: monica.strom@helse-bergen.no</p> <p>Avdelingsleder Smerteavdeling OUS professor Audun Stubhaug (representant for Helse SørØst). Epost: Audun.stubhaug@ous-hf.no</p> <p>Anestesilege ved smertesenteret St Olav Augstein Svedahl (representant for Helse MidtNorge). Epost: augstein.svedahl@stolav.no</p> <p>Avdelingsoverlege ved smerteavdelingen UNN Dr Med Aslak Johansen (representant for Helse Nord). Ny leder av fagrådet fra 2024. Epost: aslak.johansen@unn.no</p> <p>Avdelingsleder ved Smertesenteret St Olav professor Petter Borchgrevink (representant for Norsk Smerteforening). Har gått ut og er erstattet av Tone Marte Ljoså i 2024. Epost TML: tone.marte.ljosaa@ous-hf.no</p> <p>Brukerrepresentant Rigmor Berge. Epost: bergerigmor@gmail.com</p> <p>Brukerrepresentant Reidun Tjønn Rinde (fra brukerutvalget). Epost: reidun.tjonn.rinde@helse-bergen.no</p>
Aktivitet i fagrådet	To fysiske heldagsmøter på Gardermoen (5.4.23 og 2.11.23). Diskusjoner på epost i tillegg.

Inklusjonskriterier	Alder 18 år og oppover. Har fått tilsyn fra smerteteam eller smerte-team har gitt råd til henvisende behandler.
Metode for datafangst	<p>Fire behandlerskjema (B11, B12, B21 og B22) og to administrasjonsskjema (TO og Pasient) (fra 2016): fylles ut av behandler (lege og/eller sykepleier) Registreres av alle sykehus som har akutt Smerte-team. Diagnoser, medikamentbruk før og under tilsyn, smerteintensitet og funksjonsnivå mm.</p> <p>PasReg (fra 2016): Pasientrapporterte data innhentes (via ePROM) i starten av tilsynsrekken. Søvn, angst/depresjon, katastrofetanker mm.</p> <p>Evalueringskjema (fra 2016): Pasientrapporterte data innhentes (via ePROM) på slutten av oppholdet rett etter avsluttende tilsyn.</p> <p>Oppfølgings-modul for bruk av opioider (fra 2020): Pasientrapporterte data som innhentes via ePROM 4 uker etter at smerte-team har avsluttet tilsyn.</p>
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	SmerteReg har siden 2016 brukt openQReg-løsningen levert av HN IKT for datafangst.

Metadata	SmerteReg mottok midler fra SKDE for å starte dette arbeidet i 2023 og Christoph Begal begynte på arbeidet, men det var veldig uklart hvordan dette skulle gjøres (hva og hvor vi skulle beskrive). Etter denne perioden kom HN IKT med et excel-skjema som var ganske uoversiktlig. Etter mye møtevirksomhet i starten av 2024 har vi fått noe mer klarhet i hva og hvordan metadata skal beskrives. Registerkoordinator Stefanie Erhard-Midttun har jobbet regelmessig med dette så langt i 2024 og kommet godt på vei. Vi håper å ha alle data beskrevet på helsedata.no i løpet av 2024.
Innsynsløsning	SmerteReg var pilot elektronisk innsynsløsning før pandemien, men etter dette har vi ikke kommet noe videre. Det står og faller på HN-IKT og de sier de vil prioritere dette etter hvert i 2024. Per nå så må pasienter henvende seg til sekretariatet og deretter vil HN-IKT manuelt frigi datadump. Vi har enda ikke hatt noen slike henvendelser.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	I 2023 var det 1512 forløp fordelt på 1267 unike pasienter.
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Det er siden oppstart registrering i OQR-løsningen (levert av HN IKT) registrert 4430 forløp.
Stadium og nivå	SmerteReg ble av ekspertgruppen i fjor (årsrapport for 2022) vurdert til å være i stadium 2A. Vi mener at vi i 2023 er i stadium 3A siden dekningsgraden nå er 98%.

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Det ble registrert 1512 forløp hos 1267 pasienter totalt for de 8 registrerende institusjonene f.o.m. 01/01 - 2023 t.o.m. 31/12 - 2023. Forløpene var fordelt som følger: 374 ved HUS, 294 ved St. Olavs, 144 ved UNN, 0 ved OUS, 102 ved Ahus, 92 ved vv og 94 ved Møre og Romsdal.

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

SmerteReg er hverken et diagnose- eller et prosedyre-spesifikt register og kobling opp mot NPR for å regne ut dekningsgrad vil derfor ikke være egnet. SmerteReg baserer seg på henviste pasienter og er blant annet derfor lagt opp slik at hver institusjon registrerer alle henviste pasienter inn i et lokalt SmerteReg (via samme elektronisk løsning som det nasjonale dvs OQR). Det er laget strikte interne rutiner (med blant annet dobbeltkontroll opp mot EPJ, som er en ekstern kilde) for å sikre at alle henviste pasienter faktisk blir registrert i det lokale SmerteReg ved hvert sykehus. De pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og som ikke har reservert seg blir en gang per døgn kopiert over i en nasjonal database som danner nasjonalt SmerteReg.

Siden alle henviste pasienter registreres i alle lokale smertereg kan hver institusjon regne ut hvor mange pasienter som potensielt kunne blitt med i det nasjonale registeret dvs. antall som oppfyller inklusjonskriteriene. Forholdet mellom dette tallet og de som i tillegg ikke har reservert seg fra deltagelse i nasjonalt register vil angi den lokale dekningsgraden ved hver institusjon.

Sagt på en annen måte: telleren i brøken blir antall forløp hvor pasienter har oppfylt inklusjonskriteriene (dvs er over 18 år og har enten fått tilsyn eller henvisende behandler har fått råd) og ikke har reservert seg. Nevneren i brøken blir alle som oppfylte inklusjonskriteriene (både de som ikke har reservert seg og de som har reservert seg). Vår statistiker Janne Mannseth har laget ny dekningsgradsrapport tilgjengelig i Rapporteket som alle lokalkoordinatorer ved hvert sykehus kan bruke for å hente ut lokal dekningsgrad for en valgt periode ved sitt sykehus.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

- Nasjonal: $1757/1792 = 98\%$
- Ahus: $117/121 = 97\%$
- Helse Bergen: $422/432 = 98\%$
- Helse Møre og Romsdal: $108/110 = 98\%$
- OUS: $474/485 = 98\%$
- St. Olavs: $358/363 = 99\%$

- UNN: 168/171 = 98%
- Vestre Viken: 102/102 = 100%
- Levanger: 8/8 = 100%

Dataene er hentet ut via Rapporteket for hver av institusjonene for perioden 01.01.23-31.12.23. Lars Jørgen Rygh har hentet tallene ut fra SmerteReg HUS, Aslak Johansen har rapportert tallene fra UNN, Beate Knutsen har rapportert fra St Olavs, Jan-Erik Kleiv fra OUS, Bjørg Farup fra Bærum, Mona Brelid fra Ahus, Liv Bakke fra Ålesund og Marija Mataric fra Levanger. Dette ble gjort i løpet av mai 2024. Dataene er satt sammen til nasjonal dekningsgrad av Lars J Rygh. Det er altså en formidabel økning i dekningsgrad etter innføring av reservasjonsrett.

NB: Vi har i innspurten av arbeidet med årsrapporten blitt klar over at det er en liten bug i koden som bestemmer overføring av data til det nasjonale registeret. Det riktige antall forløp for alle sykehus er 1757, men i datadumpen får vi ut 1512. Altså litt i overkant av 10 % av forløpene jevnt fordelt på sykehusene, er ikke med. Vi har hatt møter med HN IKT og vi vil ikke klare å løse dette innen årsrapportfristen. Vi vil imidlertid ordne dette så snart som mulig over sommeren og oppdatere resultatportalen. Det er ingenting som tyder på at de som ikke er med ville forskjøvet de trendene vi ser i noen større betydning.

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Responsraten for ePROM er 20% for evalueringsskjema og 34% for HADS. De reelle tallene er endel høyere siden behandler kan velge å ikke sende ut disse skjema i de tilfeller hvor en mener det ikke passer seg. Dette kan være døende pasient eller veldig dårlig pasient med nedsatt kognisjon for eksempel. Vi jobbet med å finne ut av årsaker til dårlig respons i 2023 se kapittel [kapittel 5](#) på side 35. For NRS er responsraten tilsvarende lav og enda lavere når man skal regne endring fra første til siste tilsyn siden man da må ha to verdier. Vi innførte bl.a. derfor i 2022 en ny pasientrapportvariabel som måler andel som rapporterer akseptabel smerte. Her er responsraten $839/1246 = 50\%$.

4.3 Vurdering av datakvalitet

Ad Kompletthet:

For å vurdere grad av kompletthet har Lars Jørgen Rygh gått gjennom resultatene for de 8 ulike kvalitetsindikatorerne og regnet ut i hvor mange forløp indikatoren har blitt registrert i forhold til det totale antall forløp i 2023 hvor pasienten har blitt tilsett av smerteteam (1246). For de tre første indikatorerne (avsnitt 2.1.1 på side 8 - avsnitt 2.1.3 på side 10) er graden av kompletthet $1246/1246$ dvs 100%. For variabel 4 (se avsnitt 2.1.4 på side 12 - andel laget nedtrappingsplan av forløp hvor det er vurdert indisert) er den også $512/512 = 100\%$. Det vil si at det var vurdert indisert i 512 forløp og det er registrert 512 forløp. Ved gjennomgang av tallene for 2023 (som i 2022 og 2021)

er altså komplettheten 100% for de 4 kvalitetsindikatorerne som omhandler prosess (avsnitt 2.1.1 på side 8 - avsnitt 2.1.4 på side 12). Dette begrunnes ut fra aktuelle tall og det faktum at data som trengs for utregning registreres automatisk når pasienten legges inn i registeret og/eller er obligatorisk å svare på for behandler. Når det gjelder de to nye indikatorerne akseptabel smerte ved siste tilsyn og endring i funksjonsnivå er disse også relativt høye. Disse variablene er obligatorisk for behandler å svare på (dvs enten er det angitt akseptabel smerte eller funksjon ellers så er det ikke mulig å vurdere pga pasientens tilstand) og komplettheten er $839/1246 = 67\%$ og $948/1246 = 76\%$ hhv for disse. Derimot er komplettheten i 2023 (som i 2022) dårlig for de to resultatindikatorerne som omhandler smerteintensitet og fornøydhets (avsnitt 2.1.5 på side 13 og avsnitt 2.1.6 på side 13). Dette er pasientrapporterte data (NRS og fornøydhets). For nedgang i smerteintensitet er det i kun 267 av 1512 forløp (18%) registrert to verdier (for alle fire NRS-målene) slik at indikatoren kan regnes ut. Imidlertid er det i omtrent 50% av forløpene angitt at NRS ikke er aktuelt pga pasientens tilstand (redusert kognisjon og/eller alvorlig sykdom). Derfor er den reelle komplettheten omtrent 40% på denne variabelen. Det er tilsvarende scenario at reell kompletthet er høyere enn den man får inntrykk av ved å se på rådata (avsnitt 2.1.6 på side 13 og tabell 2 på side 13).

Ad Korrekthet:

Høsten 2021 gjorde registermedarbeider Anne Mari Gunnheim Klausen (med hjelp fra vår statistiker Janne Mannseth og statistikere fra fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest) en korrekthetsanalyse for tilfeldig utvalgte pasienter fra januar-mars i 2019 (21 pasienter), 2020 (22 stk) og 2021 (22 stykk), til sammen 65 pasienter. Klausen gikk gjennom EPJ til disse pasientene og sjekket de samme utvalgte parametre fra registeret (analgetika ved innkomst, henvist dato og startdato (som brukes til å regne ut kvalitetsindikatoren andel tilsett samme dag som henvist), om flere enn én faggrupper var involvert (kvalitetsindikator andel tilsett av to eller flere faggrupper), om ikke-medikamentelle tiltak var brukt, om nedtrappingsplan for opioider var laget. Til sammen 8 parametre. Korrektheten var på mellom 90% og 96% for de parametrene som ble undersøkt hos de 65 tilfeldig utvalgte pasientene fra Helse-Bergen. Dette mener SmerteReg er akseptabelt. Over 50% av pasientene i perioden kom fra Helse-Bergen. Resultatene av studien fordelte seg som følger:

- Prosentandelen verdier i registeret som var lik verdiene i pasientjournalen: mellom 91% og 96%.
- Prosentandelen manglende verdier i registeret som var utfylt i pasientjournalen: mindre enn 10%.
- De to ovennevnte analysene per variabel, for å identifisere om noen variabler var typisk ikke-besvarte eller feil-utfylte: mindre enn 5%.
- Prosentandelen manglende verdier i pasientjournalen som var utfylt i registeret: mindre enn 10%.

Videre har forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik i sitt forskningsprosjekt (se avsnitt 8) gått gjennom alle nasjonale pasienter som ikke reserverte seg fra 2016 tom 2020 (rundt 1100 pasienter) med tanke på variabelen opioider eller ikke ved innleggelse. Han finner over 95% samsvar mellom registeret og EPJ for disse to variablene ved de 4 sykehusene som registrerte pasienter i denne perioden (HUS, OUS, UNN og St. Olavs).

Ad Reliabilitet:

Det ble satt av en halv dag på SmerteRegs årsmøte onsdag 19.10.22 til en inter-rater reliabilitetsundersøkelse. Det var til sammen 16 registratorer fordelt på de 7 sykehusene som registrerte simultant 4 pasientkasus fra virkeligheten. Vi hadde satt obligatorisk oppmøte for minimum 2 og max 5 registratorer fra hvert av de 7 sykehusene. Alle disse fikk hver sin pc og egen innlogging til en spesial-versjon av innrapporteringsløsningen. Videre fikk de presentert 4 ulike pasientforløp som de hver for seg registrerte inn i løsningen. Vår statistiker Janne Mannseth gjorde da fortløpende analyser på disse data for alle variablene i smertereg og regnet ut prosentvis samsvar mellom alle som registrerte for hver enkelt variabel. Generelt var det god inter-rater reliabilitet og erfaringene med denne metoden og mer detaljerte data vil bli forsøkt publisert i et internasjonalt tidsskrift.

4.3.1 Generell vurdering av datakvalitet

Generelt vurderer vi dekningsgrad og kompletthet av behandlerregistrerte data som meget god. Det gjelder også validitet og interrater reliabilitet. De pasientrapporterte dataene er av lavere kvalitet siden responsraten er såpass lav. Imidlertid er den stigende og vi jobber kontinuerlig med å se på tiltak for å øke denne.

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

- Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst to ulike behandlere, totalt i registeret: 2 sykehus hadde lav måloppnåelse, 2 hadde moderat og 4 høy måloppnåelse i 2023.
- Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist: 1 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 4 høy måloppnåelse i 2023.
- Bedring i funksjonsnivå: 2 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 3 hadde høy måloppnåelse i 2023.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Kolonne A: Aktuelt forbedrings- område	Kolonne B: Tiltakspe- riode for tiltaket	Kolonne C: Hva ble gjort av hvem?	Kolonne D: Hvilke resul- tater ble opp- nådd?
Kvalitetsin- dikatoren omhand- lende ikke- medikamentell behandling viste stor variasjon (18-80%) og kun et av fire sykehus som registrerte i 2020 opp- nådde god måloppnåel- se.	Det SKDE-støtte- de nasjonale kvalitetsfor- bedrings- prosjektet "ikke-medi- kamentell behandling av akutt- smerte" har gått ved HUS, OUS, UNN og St. Olavs fra 31.01.01.22 – 30.06.23	AMG Klau- sen har vært ansatt som prosjekt- leder 20% også ihalve 2023. Har brukt gjen- nombrudds- metoden for å finne tiltak (bruk av sjekklister og under- visning, begrepsav- klaring etc) for å øke an- delen forløp (og minske variasjonen) hvor ikke- medikamen- telle tiltak blir benyttet. M Strøm ble engasjert høst 2023 for å ferdigstille brosjyre og nettside.	Andelen forløp hvor ikke-medi- kamentell behandling er blitt benyttet har økt fra 40 til 58% fra 2020 til 2022 for de 4 sykehus som var med. Og ikke minst ble variasjonen reduert til 44-74% i 2022. M Strøm fikk ferdigstilt brosjyre og nettside (se lenke i 9.2).

Kolonne A: Aktuelt forbedrings- område	Kolonne B: Tiltakspe- riode for tiltaket	Kolonne C: Hva ble gjort av hvem?	Kolonne D: Hvilke resul- tater ble opp- nådd?
NRS- prosjekt støttet av Helse-Vest	01.05.23- 31.12.23	Christoph Begall var ansatt 30% i ti måneder i 2023 for å jobbe med å øke svarandelen for NRS.	Etter pro- sjektstart ble det straks re- gistrert en betydelig økning i svarpro- senten når det gjelder NRS. Tall fra Smertereg/ Rapporteket viser at flere av de tilsette pasientene blir spurt både ved første og avslutten- de tilsyn. Skjemaet som ble ut- arbeidet har blitt mottatt positivt og har aktivt bidratt til kvalitets- sikring i innhenting og rappor- tering av NRS- score. Januar-april varierte fra 16% – 27%, mens mai- november varierte fra 45% – 63%.

Kolonne A: Aktuelt forbedringsområde	Kolonne B: Tiltaksperiode for tiltaket	Kolonne C: Hva ble gjort av hvem?	Kolonne D: Hvilke resultater ble oppnådd?
PROMS-prosjekt støttet av Helse-Vest	01.01.23-01.09.23	Anne Mari Gunnheim Klausen ansatt 20% for å kartlegge mulige årsaker . via telefonundersøkelse hvor alle som hadde innleverte registreringer i SmerteReg i mai 2023 ble kontaktet. Det var da 31 registrerte pasienter som var inkluderbare i telefonundersøkelsen (etter reservasjon, ikke tilsett o.l.). 18 registrerte deltok i telefonundersøkelsen (ikke oppnådd kontakt, ønsket ikke delta o.l.).	Pasientene hadde fått tilsendt Pasreg, HADS og opioid-skjema. 13 av 31 registrerte hadde fått tilsendt Eval, resterende 18 registrert med ikke tilstrekkelig antall tilsyn. Av disse 18 var 9 registrert med minst 1 tilsyn uten å få tilsendt Eval. 9/31 = 29 % hadde svart på Pasreg og HADS, 5/13 = 38 % hadde svart på Eval, mens 15/31 = 48 % hadde svart på opioid-skjema. Alle 31 registrerte ble kontaktet 1-3 ganger. 3 av de registrerte hadde ikke norsk telefonnummer eller hadde telefonnummer som ikke var i bruk. 7 registrerte svarte ikke. 3 registrerte ønsket ikke å delta.

6 Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	1 g/år	Bevilgende enheter, Ledere og helseadministratorer og andre
2.	Kvalitetsregistre.no (Åtte ulike kvalitetsindikatorer (fire prosess og fire resultat) publiseres på enhetsnivå)	Min. 2 ggr/år	Pasienter og behandlere
3.	Resultater til registrerende enheter (Alle disse har kontinuerlig tilgang til egne lokale data og rapporter via Rapporteket. Registersekretariatet sender månedlig rapporter for kvalitetsindikatorerne mm for nasjonale data på enhetsnivå)	Månedlig for nasjonale data	Lokale registratorer og deres ledere

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

SmerteReg har også i 2023 hatt et godt samarbeid med Norsk Intensiv og PandemiRegister (NiPar) der vi var med og hjalp til med oppstarten av i 2020. Vi har ved ulike anledninger hatt registerfaglig diskusjoner med sekretariatet i NiPar. Videre samarbeider SmerteReg med NOKSmerte som omhandler polikliniske smertepasienter. Opptil 1/3 av SmerteRegs pasienter vil kunne være aktuelle for både NOKSmerte og SmerteReg. Faglig leder Rygh er nylig valgt som leder av Norsk Smerteforening (The Norwegian Pain Society) og dermed norsk styremedlem i den europeiske smerteforeningen. Dette vil sannsynligvis åpne dører for mer nasjonalt og ikke minst europeisk samarbeid med kolleger som jobber med akutt smerte og register.

7.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til følgende formål	2023	2022	2021
Forskning			1
Kvalitetsforbedring og styringsformål	2	1	
Andre formål (f.eks. til media)			
Totalt	2	1	1

¹Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

7.3 Vitenskapelige artikler

Forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik har det siste året sendt manus til vurdering hos tidsskriftet PAIN. Dessverre ble det refusert, men med nyttige tilbakemeldinger. Vi har brukt en del tid på å forbedre manuskriptet og hatt god hjelp av fagrådsmedlem professor Audun Stubhaug. Manuset er per tiden inne til vurdering hos tidsskriftet Scandinavian Journal of Pain. Data ble også presentert på verdenskongress i smerte i Toronto i 20.9.22 (IASP2022). Det har i 2021 og 2022 vært

økende forespørsler fra ulike forskningsmiljø både ved OUS og HUS om bruk av data fra SmerteReg. Men pga lav dekningsgrad ønsket disse å avvente bruk av data til forskning. Dette har nå endret seg og vil vil kunne levere gode data til de som ønsker.

SmerteReg vil i årene fremover prioritere å bidra til at data fra registeret blir brukt til forskning. Konkret vil Torbjørn Nordrik (tidligere forskerlinjestudent, nå LIS1) søke PhD-stipend hvor data fra SmerteReg er datagrunnlaget.

Del III

Plan for forbedringstiltak

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

TABELL 8.1: Vurderingspunkter for stadium Smerteregisteret og registerets egen evaluering.

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2023	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorne på nasjonalt nivå	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del III, 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2.1, 4.2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 8.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del III, 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stadium 4			
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2.1, 4.2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	7.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå A			
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.	5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå B			
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå C			
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Vurdering 2022:

Overordnet vurdering av registeret: Registeret viser en god utvikling og innhenter nå informasjon om smertebehandling fra alle 7 sykehus som har smertebehandling.

Registerets utvikling siste år: Registeret har fra november 2022 innført reservasjonsrett og rapporterer at dekningsgrad passerte 90% for årets 2 siste måneder. En kort beskrivelse av forskjellen i datainnhenting før og etter reservasjonsrett kunne vært av interesse. Er det nå kun behandlende lege som registrerer? Samlet dekningsgrad for 2022 er ikke høyere enn at registeret havner i nivå 2. Ekspertgruppen gjør også oppmerksom på kravet om vitenskapelige publikasjoner siste 2 år for at registeret skal vurderes helt i toppen.

Registerets planlagte tiltak for videre forbedringer: Registeret oppgir realistiske planer for årene framover selv om noen av planene ikke oppgis å være helt konkrete. Ekspertgruppen ser fram til at SmerteReg i større grad benyttes til forskning, og ser med spenning fram til rapporten for 2023.

Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 2A.

Oppfølging: Endring etter reservasjon: Registrering foregår i hovedsak på samme måte som før reservasjon. Alle henviste pasienter registreres inn i det lokale registeret på hvert sykehus. De pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og ikke har reservert seg overføres til det nasjonale registeret etter 24 timer. Det som har endret seg noe er inklusjonskriteriene som nå er kun alder (dvs er 18 år eller eldre) og får tilsyn fra smerteteam eller henvisende lege får råd fra smerteteam. Før reservasjon var det også krav om at pasienten også skulle være kognitiv tilregnelig og kunne forstå/snakke norsk. Vi har lagt inn kort beskrivelse av endringene i resultatene etter overgang reservasjon i punkt 2.3.1 s.18. Videre har vi inkludert en ny tabell (2.10 s.17) hvor vi sammenligner demografi og kvalitetsindikatorerne før og etter reservasjon. Det er ingen endring i hvem som registrerer etter overgang til reservasjon. Det er fortsatt sykepleier og/eller lege i smerteteamet.

9.2 Planer og behov

SmerteReg fikk midler fra SKDE til jobbe med å beskrive variablene på metadatanivå. Christoph Begall var ansatt i

deltidsstilling fra 01.03.23-31.12.23. Han fikk beskrevet de fleste variablene, men det var ikke før i januar/februar 2024 at vi fikk endelig vite av HN IKT hvordan vi skulle gjøre dette og vi fikk da et excel-ark å fylle ut. Det betydde at endel av jobben Begall hadde gjort måtte gjøres om igjen. Vi har hatt diverse møter vinter og vår 2024 med HN IKT og andre "metadata-eksperter" og tror nå vi vet hva vi må gjøre. Stefanie Erhard-Midttun holder i dette fra vår side selv om andre også bidrar. Vi regner med å være ferdig med arbeidet i løpet av november 24 og at vi kan få våre variabler på helsedata.no i løpet av 2024.

i) *Konkrete og realistiske tiltak for videre utvikling til neste stadium innen 3 år fra nåværende stadium ble oppnådd:* Slik vi tolker er vi i 2023 i stadium 3A. Dekningsgraden er 98 % slik at det at det er kun vitenskapelig aktivitet som skiller oss fra stadium 4. Vi jobber med å få publisert første artikkel med data fra registeret (se punkt 7.3). Videre planlegger vi å søke PhD stipend for tidligere forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik. Vi jobber også kontinuerlig med å reklamere for registeret til andre i smertemiljøet med oppfordring om å bruke data til forskning.

ii) *Andre forbedringstiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår (2024):* SmerteReg ansatte psykolog Monica Strøm høsten 2023 for å kontinuere arbeidet med å spre kunnskapen fra det SKDE-finansierte prosjektet om ikke-medikamentell smertebehandling som ble avsluttet 03.06.23. Strøm ferdigstilte brosjyre om ikke-medikamentell behandling for pasienter med akutt smerte og ikke minst jobbet hun iherdig med å lage en mer omfattende nettside. Nettsiden ble ferdig januar 2024. Lenke: <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kvalitetsregister-for-smertebehandling/mindre-smertes/>. Det er en qr-kode i brosjyren som lenker til nettsiden. Videre fikk SmerteReg ved Strøm kvalitetsmidler fra Helse Vest for 2024 for å se på effekten av implementering av brosjyre og nettside på de 3 avdelingene ved HUS som henviser mest til akutt smerteteam (OT2V og Kir1 og 3 (gastrokirurgi)). I denne sammenheng har Strøm og faglig leder Rygh holdt forelesninger for legene ved respektive avdelingene våren-24. I tillegg har Strøm holdt mer spesifikk kursing for sykepleierne på de 3 postene. Vi har gjort en baseline spørreundersøkelse blant sykepleierne før intervensjonen og vil følge opp etter intervensjonen (kursing i bruk og distribuering av nettside/brosjyre til pasienter). Et utvalg pasienter vil også bli spurt om å delta. Ytterligere har SmerteReg kontaktet fagdirektør i Helse-Bergen Marta Ebbing med tanke på å få spredd nettsiden og info om ikke-medikamentell behandling til flest mulig pasienter med akutt smerte. I første omgang er det konkrete forslag om å legge dette ut på fellesinnhold, metodebok.no, holde fredagsforelesning for hele sykehus, innlegg på Helse-Bergen

intranett bla. Selv om dette er et Helse Vest-finansiert prosjekt er deltagere fra de andre 7 sykehusene med på to samlinger og andre diskusjoner i forbindelse med prosjektet. Dette for å bidra til å ivareta vårt mandat som tjenesteregister; å påse at flest mulig pasienter med akutt smerte i Norge vil kunne dra nytte av ny kunnskap/måter å spre kunnskap på generert via registeret.

Innsynsløsning via helsenorge.no: Dette håper vi inderlig kommer på plass i løpet av 2024 eller første halvdel 2025. Vi som registrerer har levert det vi ønsker skal være tilgjengelig (kort versjon) til HN IKT. De har indikert overfor oss at dette arbeidet skal begynnes på i løpet av høsten 2024.

Videre vil vi søke kvalitetsforbedringsmidler nasjonalt (via SKDE) og lokalt (Helse Vest og andre) i 2024 med tanke å adressere observert uønsket variasjon i de kvalitetsindikatorerne som nevnt i punkt 5.1.

9.3 Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet

Begynn kapitlet med: Dette er et prioritert område for SmerteReg. Tidligere forskerlinjestudent (nå LIS-1) Torbjørn Nordrik fikk dessverre sitt manuskript refusert fra tidsskriftene Pain og Anesthesia And Analgesia. Han har jobbet videre med kommentarene og vil i disse dager sende revidert manus til tidsskriftet Scandinavian journal of pain. Videre ønsker Nordrik å søke PhD-stipend og det er da tenkt å bruke data fra SmerteReg. I første omgang vil en søke Helse Vest midler og også UiB-midler og eventuelt NFR-midler. Aktuelle problemstillinger vil være å analysere data mer inngående og se på forskjeller før og etter reservasjon inkl mtp opioidbruk.

Faglig leder Rygh er for tiden leder av Norsk Smerteforening (The Norwegian Pain Society) og dermed norsk styremedlem i den europeiske smerteforeningen. Dette vil sannsynligvis åpne dører for potensielt mer nasjonalt og ikke minst europeisk samarbeid med kolleger som jobber med akutt smerte og register. SmerteReg vil jobbe mer aktivt bla gjennom disse organisasjonene for å gjøre Smerterege mer kjent slik at data vil bli brukt mer til forskning og kvalitetsforbedring.

10 Litteratur

Kontakt og informasjon

Postadresse

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling
v/Lars Jørgen Rygh
smertereg@helse-bergen.no
Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen

E-post

lars.jorgen.rygh@helse-bergen.no
stefanie.erhard@helse-bergen.no

Kontakttelefon

55 97 55 60

Hjemmeside

<https://helse-bergen.no/smertereg>



Offentliggjøring

<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-kvalitetsregister-smertebehandling>