

Årsrapport 2023

RESULTATER OG FORBEDRINGSTILTAK

Norsk nakke- og ryggregister

Faglig ledelse for registeret

Maja Wilhelmsen ¹⁾

Daglig ledelse for registeret

Kjetil M. Samuelsen ¹⁾

Fagrådet for registeret (ved utgivelse av årsrapport)

Christoph Schäfer ¹⁾

Mathias Jeppesen Jensen ⁹⁾

Lars Vikan Riise ²⁾

Kristina Milosevic ³⁾

Ståle Mathiassen ⁴⁾

Thomas Kadar ⁵⁾

Kjersti Myhre, fagrådsleder ⁶⁾

John Bjørneboe ⁶⁾

Thor Einar Holmgard ⁷⁾

Jens Ivar Brox ⁸⁾

1) Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø (UNN)

2) St. Olavs Hospital HF

3) Møre og Romsdal HF

4) Helse Stavanger HF

5) Helse Bergen HF

6) Oslo Universitetssykehus HF

7) Brukerrepresentant, Ryggforeningen i Norge

8) Forskningsansvarlig OUS

9) Nordlandssykehuset HF

Juni 2024

NORSK NAKKE OG RYGGREGISTER

Oversiktsbilde 2023

Dekningsgrad

76 %

Antall nye pasienter



5890

Smertevarighet >2 år



44,3%

Gjennomsnittsalder

47 år

Kjønn



53%



47%

BASELINE PROM

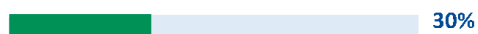


Andel pasienter som rapporterer over 1.85 på HSCL-10



Andel pasienter som rapporterer betydelig nedsatt helsetilstand

KVALITETSINDIKATORER



Andel pasienter tverrfaglig behandlet



Andel pasienter som rapporterer klinisk viktig bedring av funksjon etter 6 mnd



Andel pasienter som rapporterer minimal funksjonsnedsettelse etter 6 mnd



Andel pasienter som rapporterer klinisk viktig bedring av smerter i hvile



Andel pasienter som rapporterer klinisk viktig bedring av smerter i aktivitet



Andel pasienter som er helt tilbake i jobb etter 6 mnd



Andel pasienter som rapporterer opplevd bedring etter vurdering/behandling



Andel pasienter som er fornøyd eller nøytral med kontakten med sykehuset



Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | <u>SAMMENDRAG</u> | 10 |
| 2 | <u>RESULTATER</u> | 13 |
| 2.1 | KVALITETSINDIKATORER | 13 |
| 1. | ANDEL PASIENTER MED TVERRFAGLIG BEHANDLING | 14 |
| 2. | BEDRET FUNKSJON | 15 |
| 3. | ANDEL MED MINIMAL FUNKSJONSNEDESETTELSE | 16 |
| 4 OG 5. | BEDRING SMERTE I HVILE OG AKTIVITET (TO KVALITETSINDIKATORER) | 17 |
| 6. | TILBAKE I JOBB | 19 |
| 7. | OPPLEVD BEDRING ETTER VURDERING/BEHANDLING | 20 |
| 8. | ANDEL FORNØYDE PASIENTER | 21 |
| 9. | ANDEL SOM MOTTAR MESTRINGSORIENTERT SAMTALE SOM EN DEL AV UTREDNINGEN | 22 |
| 2.2 | PASIENTRAPPORTERTE DATA (PROM/PREM) | 23 |
| 2.2.1 | PROMs | 23 |
| 2.2.2 | PREMs | 24 |
| 2.2.3 | SMERTER | 25 |
| 2.2.4 | SMERTER BLANT PASIENTER SOM HAR MOTTATT TVERRFAGLIG BEHANDLING | 29 |
| 2.2.5 | PASIENTOPPLEVD ÅRSÅK TIL SMERTER | 31 |
| 2.2.6 | PSYKISK SYMPTOMTRYKK | 32 |
| 2.2.7 | FUNKSJONSKARTLEGGING | 33 |
| 2.2.8 | FRYKT OG UNNGÅELSESAADFERD (FEAR-AVOIDANCE) OG HELSERELATERT LIVSKVALITET | 36 |
| 2.2.9 | SUBJEKTIVE HELSEPLAGER | 37 |
| 2.2.10 | FYSISK AKTIVITETSNIVÅ | 38 |
| 2.3 | ANDRE ANALYSER | 39 |
| | BAKGRUNNSDATA REGISTRERT AV PASIENTENE | 39 |
| | SAMMENSATTE PLAGER | 43 |
| | TIDLIGERE GJENNOMGÅTT KIRURGI | 44 |
| | PASIENTRAPPORTERT BEHANDLING | 45 |
| | ARBEIDSSTATUS | 48 |
| | BEHANDLINGSTILTAK - EN PROSESS | 53 |
| 3 | <u>REGISTERBESKRIVELSE</u> | 65 |
| 4 | <u>DATAKVALITET</u> | 69 |
| 4.1 | TILSLUTNING OG ANTALL REGISTRERINGER | 69 |
| 4.2 | DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE | 70 |
| 4.2.1 | METODE FOR BEREGNING AV DEKNINGSGRAD | 70 |
| 4.2.2 | SISTE BEREGNEDE DEKNINGSGRAD | 71 |
| 4.2.3 | RESPONSRATE FOR PASIENTRAPPORTERTE DATA | 72 |
| 4.3 | VURDERING AV DATAKVALITET | 73 |
| 5 | <u>PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING</u> | 75 |
| 5.1 | IDENTIFISERTE FORBEDRINGSOMRÅDER | 75 |
| 5.2 | IGANGSATTE/UTFØRTE FORBEDRINGSTILTAK | 77 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6 | FORMIDLING AV RESULTATER | 80 |
| 7 | SAMARBEID OG FORSKNING | 83 |
| 7.1 | SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER OG HELSE- OG KVALITETSREGISTRE | 83 |
| 7.2 | DATAUTLEVERINGER FRA REGISTERET | 83 |
| 7.3 | VITENSKAPELIGE ARTIKLER | 83 |
| 8 | REFERANSER TIL VURDERING AV STADIUM | 85 |
| 8.1 | VURDERINGSPUNKTER | 85 |
| 9 | UTVIKLING AV REGISTERET | 87 |
| 9.1 | REGISTERETS OPPFØLGING AV FJORÅRETS VURDERING FRA EKSPERTGRUPPEN | 87 |
| 9.1.1 | DATAFANGST | 87 |
| 9.1.2 | TILSLUTNING | 87 |
| 9.1.3 | DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE | 87 |
| 9.1.4 | KORREKTHET OG RELIABILITET: | 88 |
| 9.1.5 | FAGLIG ETTERLEVELSE | 88 |
| 9.1.6 | VALIDERING OG RELIABILITETSMÅL | 89 |
| 9.1.7 | KVALITETSFORBEDRING | 89 |
| 9.2 | PLANER OG BEHOV | 89 |
| 9.2.1 | DATAFANGST | 89 |
| 9.2.2 | TILSLUTNING | 90 |
| 9.2.3 | DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE | 91 |
| 9.2.4 | FORBEDRING AV INTERN KVALITETSSIKRING OG DOKUMENTASJON AV RELIABILITET | 91 |
| 9.2.5 | ETTERLEVELSE AV FAGLIGE RETNINGSLINJER OG KVALITETSFORBEDRING | 92 |
| 9.2.6 | FORMIDLING AV RESULTATER | 93 |
| 9.2.7 | RESSURSBEHOV | 93 |
| 10 | LITTERATUR | 94 |

Forkortelser brukt i rapporten

| Forklaring | Forkortelse | Ref |
|---|---------------------------|----------|
| Norsk nakke- og ryggregister | NNRR | |
| Universitetssykehuset Nord-Norge | UNN | |
| Oslo Universitetssykehus | OUS | |
| Pasientrapporterte utfallsmål | PROM | |
| Nasjonal digital løsning som gir mulighet for å nå ut til innbyggere på en sikker måte for å samle inn pasientrapporterte data. | ePROM | |
| Pasientrapportert opplevelse og tilfredshet | PREM | |
| | | |
| Numerisk smerteskala | NRS | [1] |
| Rygg funksjonsskår | ODI | [2, 3] |
| Nakke funksjonsskår | NDI | [4, 5] |
| Helserelatert livskvalitet målt med EQ5D-5L og EQ-VAS | HRQL EQ5D-5L EQ-VAS | [6-8] |
| Subjektive helseplager | SHC | [9, 10] |
| Hopkins skjema for psykisk symptomtrykk | HSCL-10 | [11, 12] |
| Spørreskjema for smerte, fysisk aktivitet og jobb | FABQ | [13, 14] |
| Saltin-Grimby skala for fysisk aktivitet | SGPALS | [15] |

Figurliste

| | |
|--|----|
| Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år..... | 14 |
| Figur 2: Andel med klinisk viktig bedring av funksjon ved oppfølging pr enhet siste tre år. | 15 |
| Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år..... | 16 |
| Figur 4: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i hvile ved oppfølging pr enhet siste tre år. | 17 |
| Figur 5: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i aktivitet ved oppfølging pr enhet siste tre år. | 18 |
| Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år..... | 19 |
| Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år. | 20 |
| Figur 8: Andel pasienter som angir å være fornøyd eller nøytral i møte med personalet ved sykehuset når spurt ved oppfølging pr enhet siste tre år..... | 21 |
| Figur 9: Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale som en del av sin utredning. Pasienter utredet i perioden 01.01.23-31.12.23..... | 22 |
| Figur 10: Varighet av smerter..... | 25 |
| Figur 11: Andel med smertevarighet >2 år pr enhet. Ekskluderer de som har krysset for «ikke svart» samt de med ingen registrerte svar på spørsmålet..... | 26 |
| Figur 12: Smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging. | 27 |
| Figur 13: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging. | 28 |
| Figur 14: Smerteintensitet i hvile ved første konsultasjon, etter 6 måneder og etter 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling | 29 |
| Figur 15: Smerteintensitet i aktivitet ved første konsultasjon, etter 6 måneder og 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling | 30 |
| Figur 16: Pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig. | 31 |
| Figur 17: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren. | 32 |
| Figur 18: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder. | 33 |
| Figur 19: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder og 12 måneder (kun pasienter som har svart på alle tre skjema er inkludert). | 34 |
| Figur 20: ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling | 35 |
| Figur 21: Andel pasienter med 3 eller flere helseplager (utover smerter fra nakke og/eller rygg) besvart som «En del plaget» eller «Alvorlig plaget». I nevneren inngår kun pasienter som har besvart minst 3 av 33 spørsmål. | 37 |
| Figur 22: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn..... | 39 |
| Figur 23: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet..... | 40 |
| Figur 24: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt..... | 41 |
| Figur 25: Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning | 42 |
| Figur 26: Andel der man vurderer at pasientens forløp er komplisert av gule flagg - fordelt på enheter | 43 |

| | |
|--|----|
| <i>Figur 27: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling.....</i> | 45 |
| <i>Figur 28: Andel der funksjonsevne relatert til arbeid og/eller utdanning er kartlagt - fordelt på enheter.....</i> | 49 |
| <i>Figur 29: Andel som utredes ved et HelseArbeid-tilbud - fordelt på enheter.....</i> | 50 |
| <i>Figur 30: Andel tilbake i arbeid eller med lavere grad av sykemelding etter 6 mnd. Gul og grønn farge er lik med måltall for kvalitetsindikator 6 «Andel tilbake i jobb».....</i> | 51 |
| <i>Figur 31: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter.....</i> | 55 |
| <i>Figur 32: Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasienten - fordelt på enheter.....</i> | 56 |
| <i>Figur 33: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter.....</i> | 57 |
| <i>Figur 34: Andelen pasienter som mottar de ulike behandlingsoalternativene i spesialisthelsetjenesten.....</i> | 58 |
| <i>Figur 35: Andelen pasienter henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten -fordelt på enheter.....</i> | 59 |
| <i>Figur 36: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus. Flere kryss er mulig.</i> | 62 |
| <i>Figur 37: Resultatportalen.....</i> | 82 |
| <i>Figur 38: Oppsummering av pasientsvar tilgjengelig for pasientens behandler.....</i> | 92 |

Tabelliste

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Oversikt over kvalitetsindikatorer 2023 | 13 |
| Tabell 2: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon. Fear Avoidance Belief Questinnnaire (FABQ) måler unngåelsesadferd for fysisk aktivitet og arbeid. Skjemaet har to subskalaer: FABQ- Fysisk aktivitet (<14 ubetydelig, 14 -16 moderat, 17 høy). FABQ- Arbeid (<20 ubetydelig, 20-24 moderat, 25 høy). Helse relatert livskvalitetsmål (EQ-5D-5L) har 5 spørsmål som utregnes til en index >0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt. EQ-VAS har en visuell skala hvor pasienten angir fra 0-100 hvor 100 er best tenkelige helsetilstand (100-90 % god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse).. | 36 |
| Tabell 3: Pasientrapportert fysisk aktivitetsnivå ved utredning..... | 38 |
| Tabell 4: Utdanningsnivå..... | 42 |
| Tabell 5: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes..... | 44 |
| Tabell 6: Antall pasienter som tidligere er operert i nakke pr enhet. Prosent i parentes..... | 44 |
| Tabell 7: Pasientrapportert behandling i sykehus pr enhet i antall og prosent i parentes.. | 46 |
| Tabell 8: Antall pasientrapportert oppfølging utenfor sykehus ved 6 mnd. oppfølging. | 47 |
| Tabell 9: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig. | 48 |
| Tabell 10: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser. | 52 |
| Tabell 11: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet | 53 |
| Tabell 12: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene | 53 |
| Tabell 13: Antall anbefalt forskjellige behandlinger i spesialisthelsetjenestens ulike tilbud pr enhet. Flere kryss er mulig. | 60 |
| Tabell 14: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig. | 61 |
| Tabell 15: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig..... | 63 |
| Tabell 16: Aktuelle enheter for NNRR i 2023. Tabellen viser antall unike pasienter med ferdigstilt pasientskjema og behandlerskjema i 2023. 1Levanger leverte kun inn data i starten av året grunnet personellmangel og er derfor tatt ut av dekningsgradsanalysen. | 69 |
| Tabell 17: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2023. Skjemadato fra og med 01.01.2023 frem til 31.12.2023. | 71 |
| Tabell 18: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingsskjema etter 6 måneder og 12 måneder..... | 72 |
| Tabell 19: Utleveringer av data siste tre år..... | 83 |

Del 1

Resultater fra registeret

1 Sammendrag

Hovedfunn 2023

- Økning i antall registreringer – både på grunn av økt dekningsgrad, samt tilslutning av ny enhet.
- Dekningsgrad går opp til 76 %, som er ca 5 % økning fra 2022.
- Fremdeles stor variasjon mellom enhetene i dekningsgrad.
- Opprettholdelse av oppfølgingsrate ved 6 måneder og ved 12 måneder på hhv. 64,9 og 59,5 %
- Kvalitetsindikatorer viser i stor grad samme resultater som tidligere år – men man gjør oppmerksom på at måltall for flere kvalitetsindikatorer er endret fra foregående år.
- Stor geografisk variasjon i prosessindikator som måler andel som mottar tverrfaglig behandling – noe som indikerer at det er forskjeller i tilbud mellom enhetene.
- Ny prosessindikator viser at en svært stor andel av pasientene mottar mestringsorientert samtale som en del av utredningen ved enhetene.
- Som tidligere år har er en høy andel av pasienter «gule flagg» – herunder forhøyet psykisk symptomtrykk, komorbiditet, etc.

Bakgrunn

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge og nest hyppigst årsaken til uførhet. Korsrygg- og nakkesmerter er den største enkeltstående årsaken til ikke-dødelig helsetap. Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et tjenesteregister. Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som utredes og behandles ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene ved sykehusene i Norge.

Formålet med registeret er å bedre kvaliteten på pasienttilbudet ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene, samt kartlegge regionale forskjeller i behandlingstilbud.

Årsrapporten for Norsk nakke og ryggregister inneholder en redegjørelse for registerets datakvalitet, pasientgrunnlag og beskriver sykehusenes etterlevelse av nasjonale retningslinjer for utredning og tiltak anbefalt ved nakke- og ryggsmertor. NNRR rapporterer også pasientenes fornøydhet i møte med helsepersonell på nakke- og ryggpoliklinikker og subjektiv opplevelse av blant annet funksjon, smerte og arbeidsstatus seks og tolv måneder etter utredning. Årsrapporten inneholder også en redegjørelse for hvordan registeret brukes i diskusjon og tiltak for å oppnå best mulig kvalitet på tilbudet til pasientgruppen. De enkelte sykehus har løpende (online) tilgang til egne oppdaterte og nasjonale resultater.

Data fra NNRR brukes i dag i flere forskningsprosjekter og kvalitetsforbedringsprosjekt. NNRR ble i 2022 vurdert å tilfredsstille krav for stadium 3A, og opprettholdt dette i 2023.

Tilknytning, dekningsgrad og oppfølgingsrate

I perioden 2020-2022 opplevde registeret en betydelig vekst. I det foregående året har ytterligere en enhet knyttet seg til registeret – og ved utgangen av 2023 var 13 av potensielle 16 enheter knyttet til registeret. Registeret planlegger tilknytning av en 14. enhet ila våren 2024, og har dialog med de siste to gjenværende enhetene. Antall pasientregistreringer økte fra 5122 til 5890 unike pasienter. Dekningsgraden økte fra 71,7 % i 2022 til 76 % i 2023. Man ser noe uønsket variasjon i dekningsgrad - fra 66 % til 99 % - ved de respektive enhetene.

Dette viser at registeret fortsatt må jobbe for å bedre dekningsgrad lokalt – spesielt for å nå 80 % nasjonal dekningsgrad (som er kriterium for å nå nivå 4.)

Oppfølgingsratene for 6 (64,9 %) og 12 måneders (59,5 %) pasientskjema er opprettholdt fra foregående år. Det er planlagt gjennomføring av analyser med tanke på validitet og reliabilitet av oppfølgingsdata i første halvdel av 2024.

Pasientpopulasjon

I hovedsak skal nakke- og ryggplager ifølge faglige retningslinjer [16] ivaretas av primærhelsetjenesten, men ved langvarige plager anbefales det å vurdere utredning i spesialisthelsetjenesten. 94,4 % av inkluderte pasienter i NNRR har hatt smerter i over tre måneder og 44,5 % har hatt smerter over to år.

I retningslinjene trekkes det videre frem at pasienter med økt risiko for at smertetilstanden blir langvarig eller har hyppige tilbakefall skal vurderes for behandling i spesialisthelsetjenesten (gule flagg). Disse faktorene er blant annet pasientens pessimistiske overbevisninger knyttet til smertetilstanden, arbeidsrelaterte problemer, tilleggssymptomer og emosjonelle problemer. NNRR viser at 58 % av pasientene scorer over grenseverdi som indikerer høyt psykisk symptomtrykk (HSCL-10 PROMs). 52 % har tre eller flere tilleggssymptomer ved utredning. En høy andel av pasientene rapporterer at de tror skade i skjelett (37,5 %), skade i muskulatur (33,6 %), skade i nerve (36,7 %) eller arbeidsbelastning (38,2 %) er årsak til smerter i ryggen. Til sammenligning tror kun 10,9 % at følelsesmessig belastning er årsak til smertene. Kun 44,9 % er i inntektsgivende arbeid ved utredning, mens en stor andel av resterende pasienter er sykemeldte eller mottar annen form for trygdeytelse.

Disse resultatene viser at det er en pasientpopulasjon hvor en stor andel har et eller flere gule flagg. Helsepersonell rapporterer også at 74 % av pasientene har et forløp som er komplisert av gule flagg. Faglige retningslinjer anbefaler ved gule flagg å benytte biopsykososial utredning med fokus på trygghetsskapende kommunikasjon, mestringsfokus, arbeidsrettede tiltak og eventuelt tverrfaglig behandling individuelt eller i gruppe. Helsepersonell angir at 92 % av pasientene mottar en mestringsorientert samtale, 89 % får trygges ved gjennomgått av sine billedfunn og 88 % får individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter. Dog er det kun 24 % av pasientene som får kartlagt sin funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning.

Totalt viser dette at det er i hovedsak de rette pasientene som henvises til nakke- og ryggpoliklinikker, og at gule flagg i stor grad adresseres i henhold til gjeldende retningslinjer.

Kvalitetsindikatorer

NNRR rapporterer på ni kvalitetsindikatorer med måltall – der syv er resultatindikatorer og to er prosessindikatorer. NNRR har for 2023 oppdatert og økt måltall for en del av kvalitetsindikatorerne. Registeret avdekker på noen områder tydelig regional variasjon i tilbud og variasjon i resultat av behandling. Dette gir grunnlag for å se på tiltak for forbedring.

Faglig retningslinjer anbefaler tverrfaglig behandling til et utvalg av pasientene. Nasjonalt

oppnådde man akkurat det satte måltallet (30 %) for andel pasienter som bør motta tverrfaglig behandling. Andelen varierer svært mye mellom poliklinikkene fra 4 til 64 %, noe som nok skyldes sammensatte årsaker - inkludert ressursbegrensninger og lokale tradisjoner.

Faglige retningslinjer anbefaler også fokus på pasientens mestring i forhold til sine ryggplager. NNRR har derfor implementert en ny prosessindikator som måler andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale som en del av utredningen sin. Man har satt et nasjonalt måltall på 95 % for høy måloppnåelse og 85 % for moderat måloppnåelse. Nasjonalt oppnår alle utenom enhet minimum moderat måloppnåelse, og den nasjonale andelen er 92 %, med en variasjon fra 81-100 % mellom enhetene.

Nasjonalt viser 29 % av pasientene klinisk viktig bedring (ønsket bedring i ODI 30 %) i ryggrelatert funksjon (med en nasjonal variasjon fra 20 til 34 %). Andelen som rapporterer minimal funksjonsnedsettelse (en skår på 23 eller lavere på ODI vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon) ved oppfølging var 40 % (33-50 %).

Andel som rapporterer klinisk viktig bedring av smerte (30 % eller mer reduksjon i smerteskåren hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk viktig endring av smerteintensitet) i hvile var 33 % (27-38 %), og i aktivitet 35 % (30-41 %). 45 % rapporterer at de er kommet tilbake til full jobb etter 6 måneder.

Andelen som rapporterer bedring av vurderingen/behandlingen ved sykehuset var 42 % (30-58 %). Andelen som er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset var 90 % (84-94 %).

Kvalitetsforbedring og registerutvikling

Det er avdekt flere områder som er aktuelle for kvalitetsforbedringstiltak. Det er i 2023 pågående kvalitetsforbedringsprosjekter, blant annet et nasjonalt prosjekt med mål om å øke andel pasienter som har behov for tolk/er ikke-norsk som mottar tverrfaglig behandling. NNRR skal gjennomføre en valideringsundersøkelse av oppfølgingsdata og publisere Metadata i 2024, samt gjennomgå en porteringsprosess der NNRR skal over fra Medisinsk Register System Classic til Medisinsk Register System 5.0.

Konklusjon

NNRR har i 2023 i stor grad opprettholdt den gode framgangen registeret opplevde fra foregående år. Man ser også i stor grad likhet i svar på PROMs/PREMs som ved foregående år, men til dels store geografiske forskjeller i både tilbud og resultater. Som ved tidligere år vil man fortsatt jobbe videre med å knytte til seg de (tre) resterende enhetene som fortsatt ikke rapporterer til NNRR for å få et komplett register. NNRR må også jobbe videre med å øke dekningsgrad hos flere enheter, samt kontinuere pågående kvalitetsforbedring og tekniske oppdateringer.

2 Resultater

2.1 Kvalitetsindikatorer

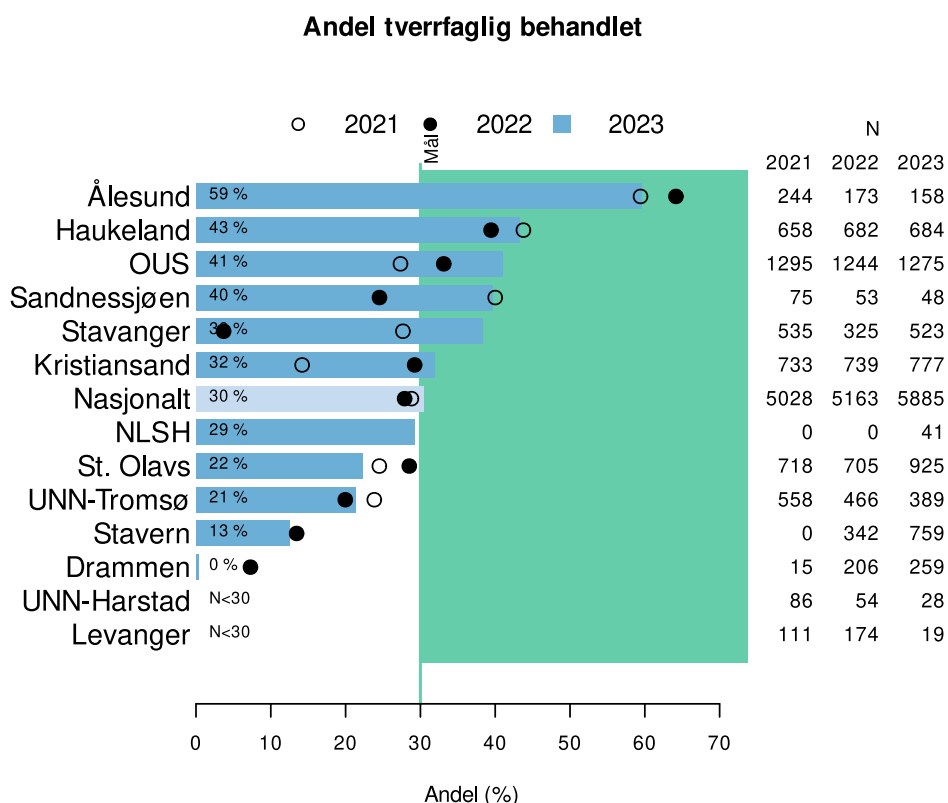
NNRR har ni kvalitetsindikatorer (KI); to prosessindikatorer (KI 1 og K9), og syv resultatindikatorer (KI 2-8). Disse kvalitetsindikatorerne er spesifiserte med måltall. For prosessindikatorerne er data hentet fra behandlerskjema. Alle resultatindikatorerne tar utgangspunkt i oppfølgingsskjema som sendes ut seks måneder etter utredende konsultasjon og samles inn i løpet av rapporteringsåret. Det vil si at resultatindikatorerne inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023.

| Kvalitetsindikator | Måltall høy måloppnåelse | Måltall moderat måloppnåelse | Nasjonal måloppnåelse |
|--|--------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 1. Andel pasienter med tverrfaglig behandling | 30 % | Ingen | JA |
| 2. Bedret funksjon | 30 % | 25 % | NEI |
| 3. Andel med minimal funksjonsnedsettelse | 40 % | 35 % | JA |
| 4. Bedring smerte i hvile | 35 % | 30 % | JA |
| 5. Bedring smerte i aktivitet | 35 % | 30 % | JA |
| 6. Tilbake i jobb | 40 % | 30 % | JA |
| 7. Opplevd bedring etter vurdering/behandling | 40 % | 30 % | JA |
| 8. Andel fornøyde pasienter | 90 % | 80 % | JA |
| 9. Andel som mottar mestringsorientert samtale | 95 % | 85 % | NEI |

Tabell 1: Oversikt over kvalitetsindikatorer 2023

1. Andel pasienter med tverrfaglig behandling

| | |
|------------------------|---|
| Definisjon/beskrivelse | Andel pasienter som får tilbud om tverrfaglig behandling som en del av sitt behandlingstilbud. Poliklinikkene som inngår i Norsk nakke- og ryggregister er organisert med flere ulike faggrupper (fysioterapeut, psykolog, sykepleier, ergoterapeuter og leger) og kan tilby tverrfaglig behandling basert på en biopsykososial modell. Det skilles mellom tverrfaglig vurdering ved utredningskonsultasjon og tiltak som vurderes som behandling som tilbys av et tverrfaglig team. Denne kvalitetsindikatoren måler tverrfaglig behandling. Målt både ved hver enkelt enhet og nasjonalt. Hentet fra Behandlerskjema med besøksdato i perioden 01.01.23-31.12.23. |
| Type indikator | Prosessindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: =/ > 30 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Tverrfaglig behandling anbefales i nasjonale og internasjonale retningslinjer [16-18]. «Tverrfaglig» er i denne sammenhengen forstått som behandling som involverer to eller flere faggrupper ihht definisjon gitt i nasjonale retningslinjer [16]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter som fikk tilbud om tverrfaglig behandling Nevner: Antall pasienter som har møtt til utredning og levert pasientskjema ved første konsultasjon |



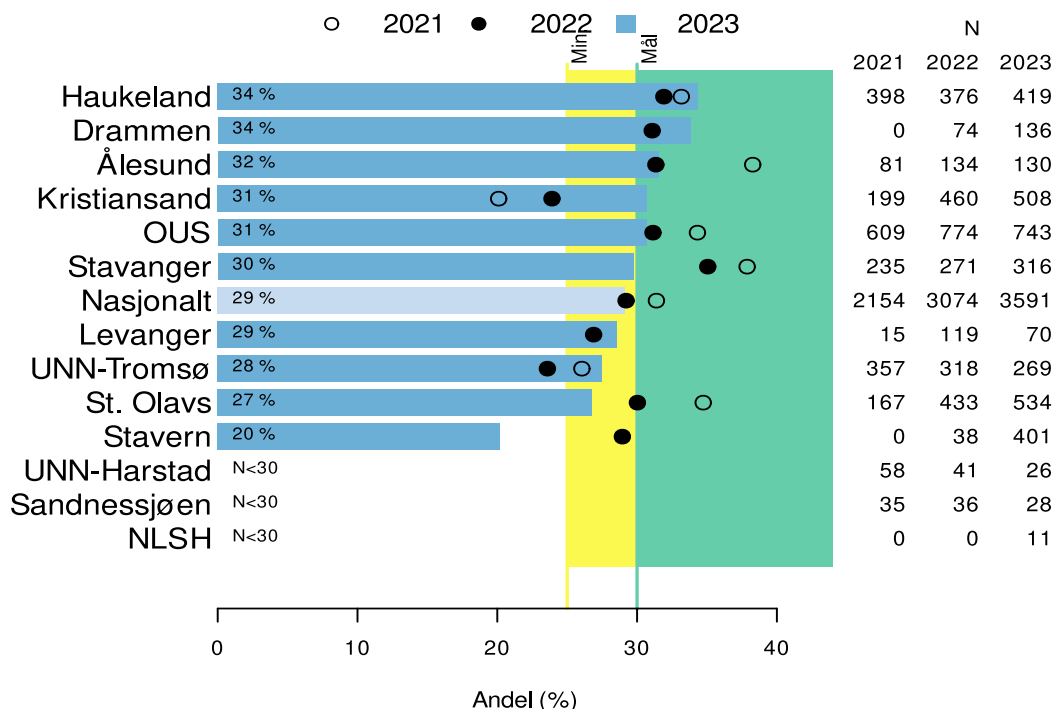
Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år.

For 2023 er andelen som får tilbud om tverrfaglig behandling nasjonalt på måltall, og andelen er relativt stabil ift tidligere år, og som tidligere ser man en stor geografisk variasjon.

2. Bedret funksjon

| | |
|------------------------|--|
| Definisjon/beskrivelse | Andel pasienter med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023. |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: =/> 30 % Moderat måloppnåelse: 25-29 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter og et mål med behandling er økt funksjon jf nasjonale retningslinjer [16]. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til ryggsmarter. Oswestry-Disability-Index (ODI) [2, 3], er et spørreskjema som registrerer hvordan smerter påvirker funksjonen i dagligdagse aktiviteter; personlig stell, løfte, gå, sitte, stå, sove, seksualliv, sosialt liv, reising. Samlet gir dette en score mellom 0 og 100 prosentpoeng, hvor 0 er beste funksjon. Basert på forskning vurderes en klinisk viktig endring i funksjon (ODI) å være 30 % reduksjon fra utgangsscore eller mer [19]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter som oppnådde en klinisk viktig bedring på 30 % i ODI-score Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6mnd |

Klinisk viktig endring i ODI



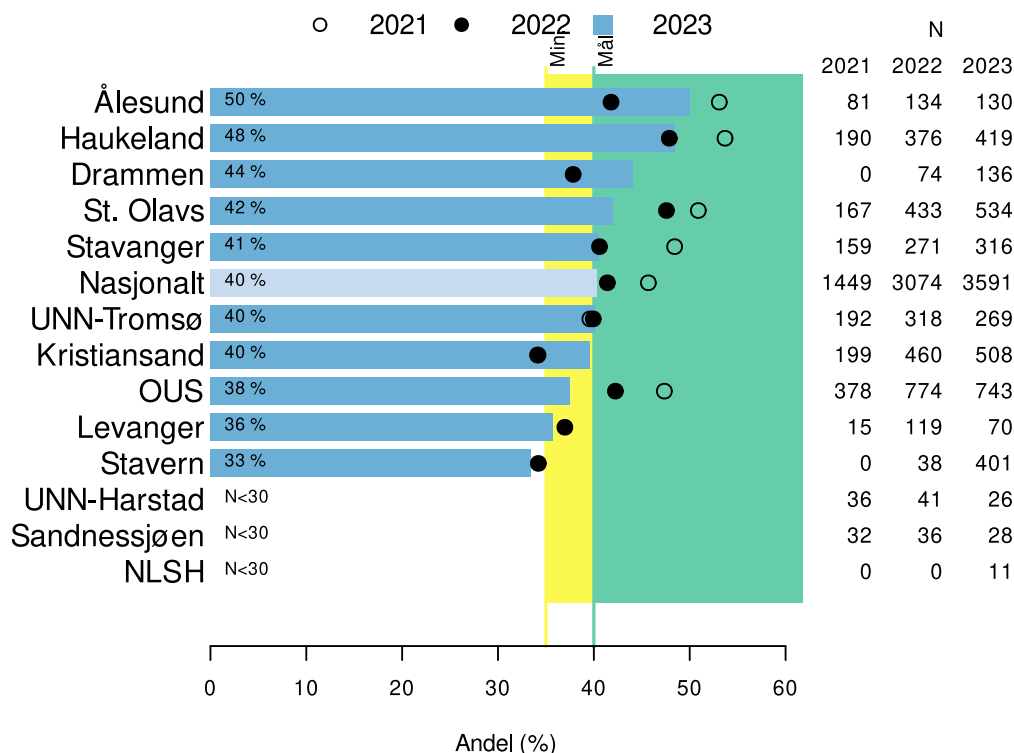
Figur 2: Andel med klinisk viktig bedring av funksjon ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Andel med klinisk viktig bedret funksjon var i 2022 innenfor moderat måloppnåelse nasjonalt med 29 %. Dette er relativt jevnt med foregående år.

3. Andel med minimal funksjonsnedsettelse

| | |
|------------------------|--|
| Definisjon/beskrivelse | Andel pasienter med minimal funksjonsnedsettelse basert på ODI-scorel etter 6 måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023. |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: =/ > 40 % Moderat måloppnåelse: 35-39 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter og et mål med behandling er økt funksjon jf nasjonale retningslinjer [16]. Funksjon måles ved ODI (0 og 100 prosentpoeng, hvor 0 er beste funksjon) [2, 3]. En skår på 23 eller lavere vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon [19]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter med minimal funksjonsnedsettelse basert på ODI-score rapportert på pasientskjema ved 6mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6mnd |

Andel med minimal funksjonsnedsettelse



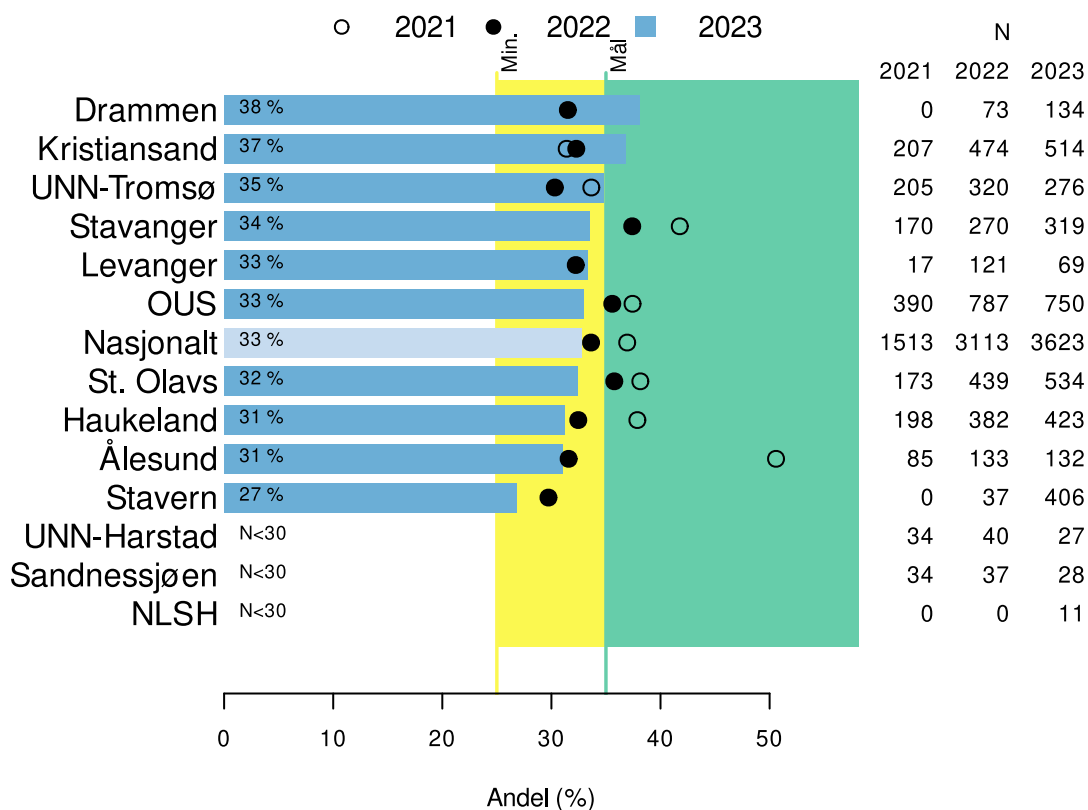
Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Nasjonalt oppnår man høy måloppnåelse, og resultatet er i all hovedsak likt med foregående år. Resterende enheter oppnår moderat måloppnåelse, foruten en enhet. Det er til dels stor variasjon nasjonalt fra 33 til 50 %.

4 og 5. Bedring smerte i hvile og aktivitet (to kvalitetsindikatorer)

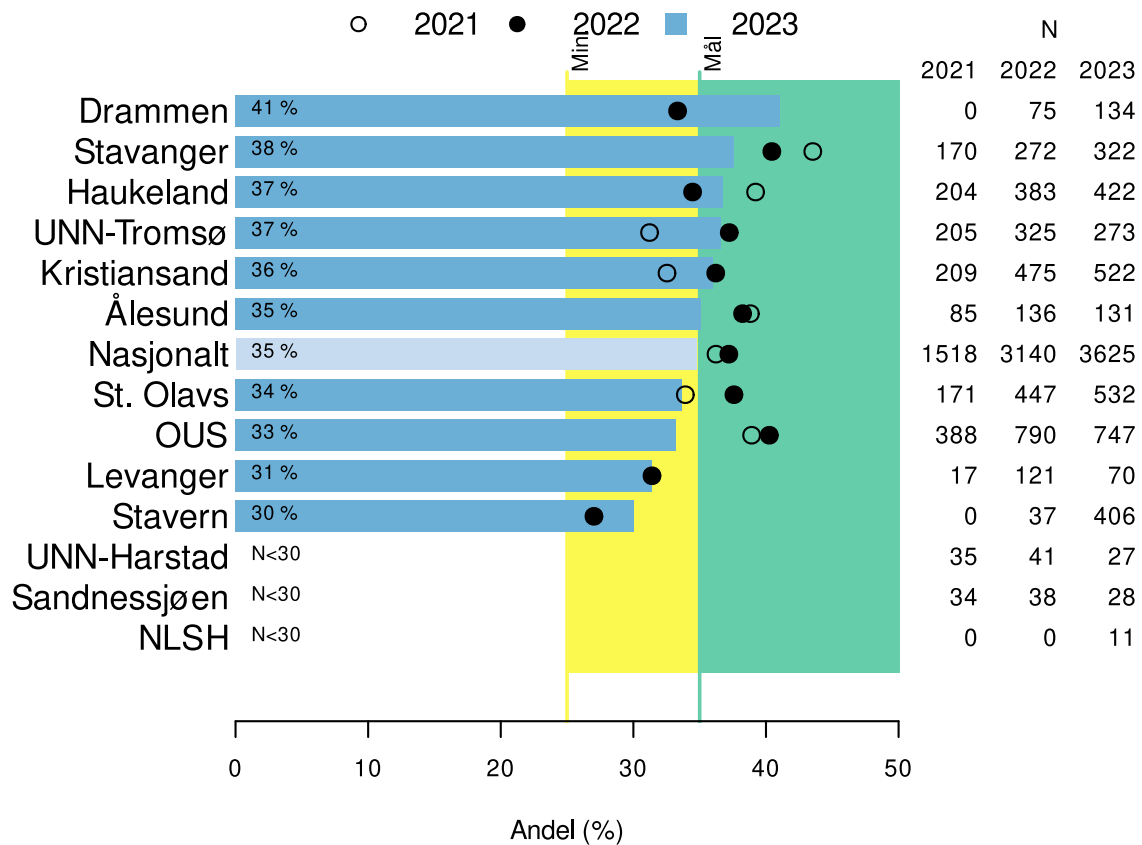
| | |
|------------------------|---|
| Definisjon/beskrivelse | Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter seks måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023. |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: =/> 35 % Moderat måloppnåelse: 25-34 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Et mål med behandling er reduksjon i smerter jf nasjonale retningslinjer [16]. Grad av smerte vurderes ved at pasientene selv vurderer smerteintensitet ved å skåre smertegrad på skala fra 0 til 10, hvor 0 er «ingen smerte» og 10 er «verst tenkelige smerter» [1]. 30 % eller mer reduksjon i smerte-skåren hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk viktig endring av smerteintensitet [20]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter med klinisk viktig bedring på 30 % reduksjon i smertegrad på pasientskjema ved 6 mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd |

Klinisk viktig bedring av smerte i hvile



Figur 4: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i hvile ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Klinisk viktig bedring av smerte i aktivitet

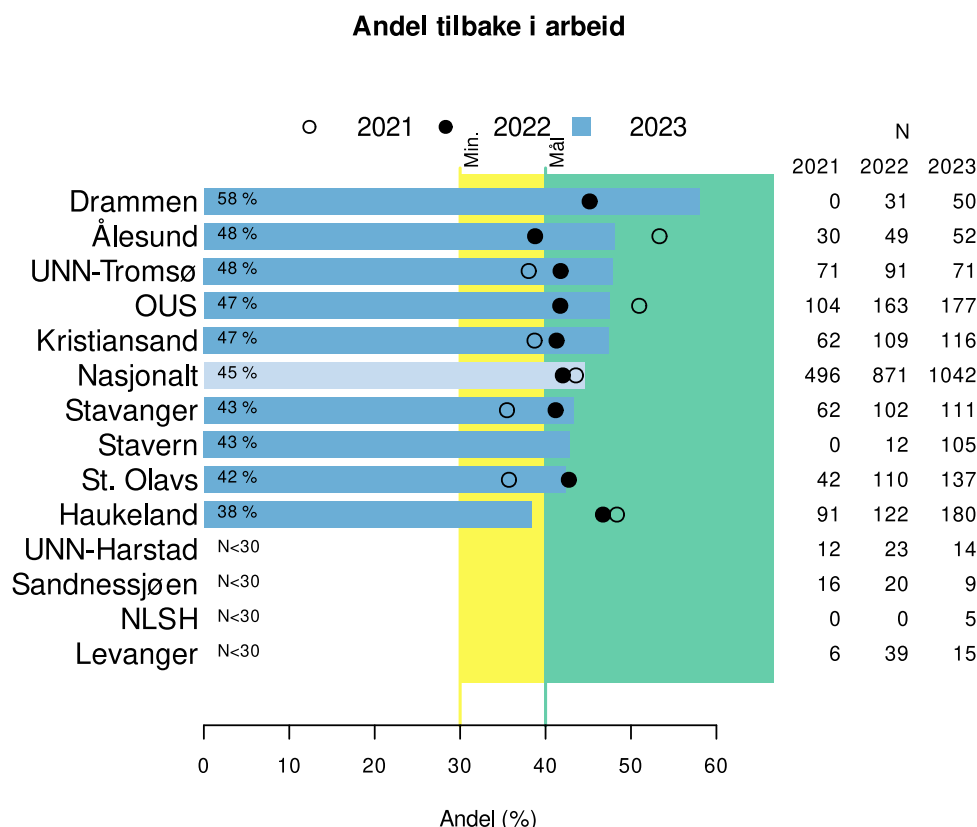


Figur 5: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i aktivitet ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Figurene ovenfor viser at man nasjonalt oppnår høy måloppnåelse ved at 35 % av pasientene opplever klinisk viktig bedring av smerte i både hvile og aktivitet. Man ser her en nasjonal variasjon i resultat fra 30-41 %, der alle enheter oppnår minst moderat måloppnåelse i forhold til måltall.

6. Tilbake i jobb

| | |
|------------------------|--|
| Definisjon/beskrivelse | Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb grunnet sykemelding ved utredningskonsultasjon og som er tilbake for fullt etter seks måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023. Det anmerkes at de som har økt arbeidsdeltakelse, men ikke er fullt tilbake <u>ikke</u> inkluderes (se resultatkapittel for figur på andel med økt arbeidsdeltakelse). |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: = /> 40 % Moderat måloppnåelse: 30-39 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Å falle ut av yrkeslivet kan medføre en reduksjon i livskvalitet. Samfunnsøkonomisk er det ønskelig med høy jobb-deltakelse. Å komme tilbake til fullt arbeid er et mål med behandling jf nasjonale retningslinjer [16] og et viktig utfallsmål for registerets intervensjoner. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter som er helt tilbake i jobb på pasientskjema ved 6mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6mnd og var helt eller delvis sykemeldt ved besøksdato. |



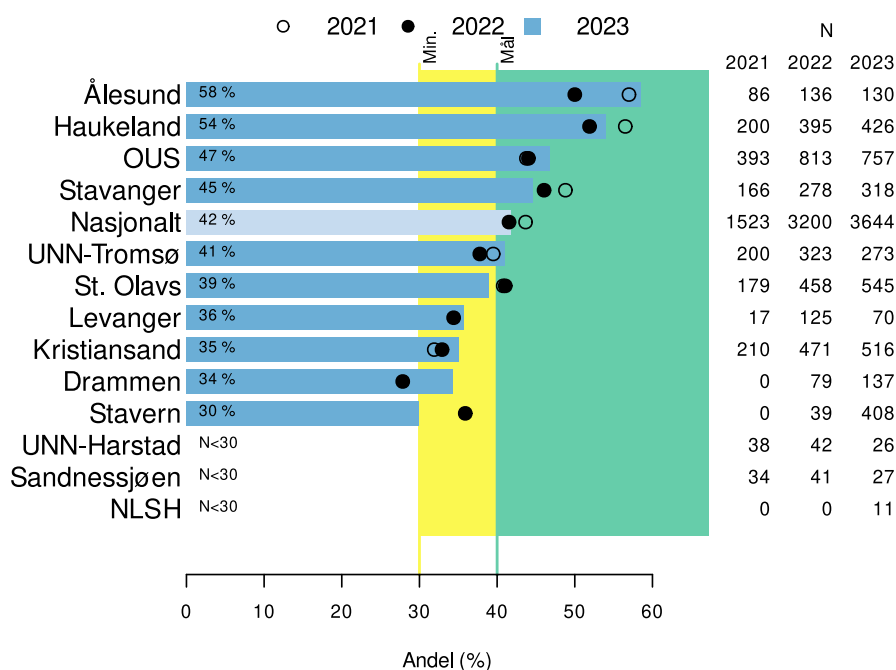
Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Tall fra 2022 viser moderat til høy måloppnåelse ved alle enheter med nok registreringer, samt nasjonalt.

7. Opplevd bedring etter vurdering/behandling

| | |
|----------------------------|--|
| Definisjon/ beskrivelse | Andel pasienter som rapporterer at de opplever at de er blitt bedre (enten litt bedre, mye bedre eller helt bra) av behandlingen/vurderingen seks måneder etter konsultasjonen. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingskjema i løpet av 2023. |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: =/ > 40 % Moderat måloppnåelse: 30-39 % |
| Kunnskapsgrunnlag | Bedring er et mål med all behandling. En utfordring med fysikalskmedisinske intervensjoner er at de ofte er endringer som pasienten må gjøre selv i sitt eget liv. For noen pasienter oppfattes ikke tiltak som krever en aktiv tilnærming hos pasienten selv som en behandling. Det vil derfor alltid være en risiko at pasientene ikke opplever at de mestringsrettede tiltak de har fått ved en fysikalskmedisinsk poliklinikk er årsak til bedring. Dette er noe som igjen kan bidra til lavere måloppnåelse ved alle enheter ved denne kartleggingen. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter som angir at behandlingen de mottok fra sykehuset har ført til bedring av deres plager på pasientskjema ved 6mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6mnd |

Pasientopplevd bedring av behandling



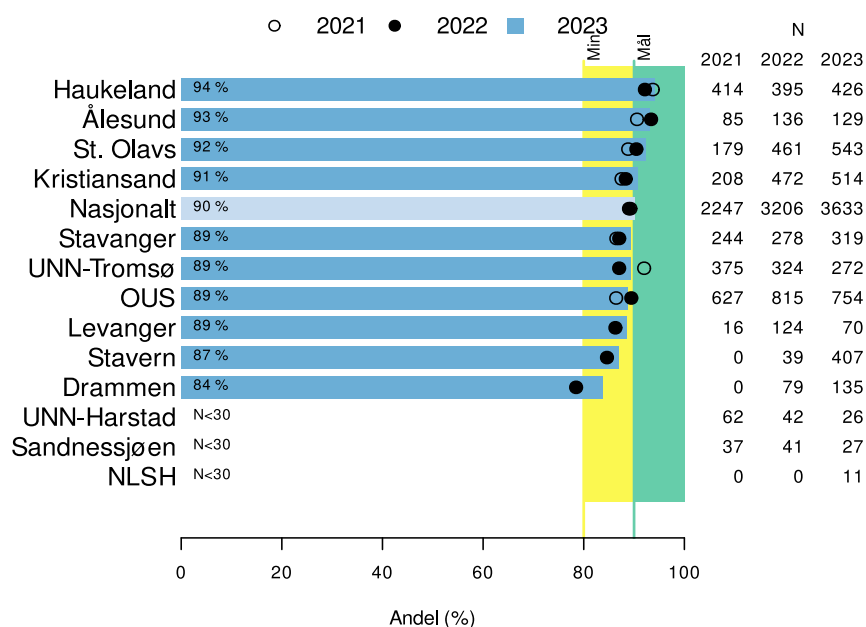
Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Man ser høy nasjonal måloppnåelse på opplevd bedring av behandling, men man ser til dels stort geografisk sprik; fra 52 % måloppnåelse ved Haukeland til 28 % ved Drammen.

8. Andel fornøyde pasienter

| | |
|----------------------------|--|
| Definisjon/ beskrivelse | Andel pasienter som angir ved oppfølging at de er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset etter seks måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.22 til 30.06.23, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2023. |
| Type indikator | Resultatindikator |
| Måloppnåelse | Høy måloppnåelse: = / > 90 % Moderat måloppnåelse: 80-89 % |
| Kunnskapsgrunnlag | God kontakt er grunnlaget for god kommunikasjon og god kommunikasjon er vesentlig i behandling jf nasjonale retningslinjer [16]. Det er ønskelig at færrest mulig pasienter er misfornøyd med måten de blir møtt. Målet er at en høy andel av pasientene rapporterer at de er nøytral eller fornøyd med kontakten de opplevde med personalet ved poliklinikken. Man tror en del pasienter ikke vurderer at selve konsultasjonen, samt råd og veiledning gitt under konsultasjonen er former for behandling. I spørsmålsstillingen der man spør om «fornøydhet med kontakt» ønsker man ikke å begrense seg til kun fornøydhet med evt. behandlingstiltak. |
| Beregning | Teller: Antall pasienter med klinisk viktig bedring på 30 % reduksjon i smertegrad på pasientskjema ved 6 mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd |

Andel fornøyd med eller nøytral til behandling

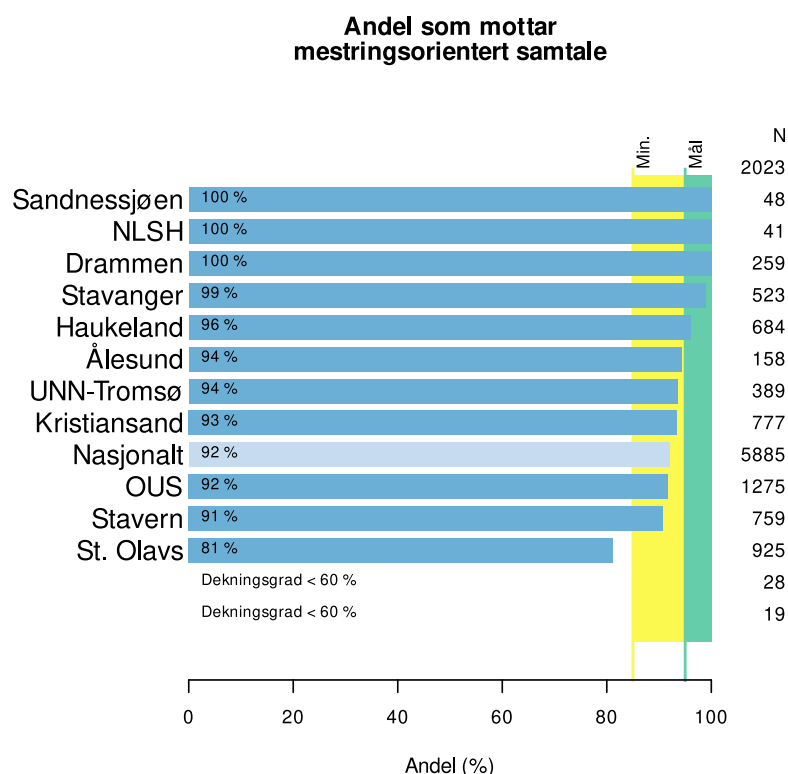


Figur 8: Andel pasienter som angir å være fornøyd eller nøytral i møte med personalet ved sykehuset når spurt ved oppfølging pr enhet siste tre år.

I 2023 oppnådde fire enheter høy måloppnåelse, mens resterende enheter oppnådde moderat måloppnåelse. Den nasjonale måloppnåelsen i 2023 var stabil i forhold til foregående år.

9. Andel som mottar mestringsorientert samtale som en del av utredningen

| | |
|----------------------------|---|
| Definisjon/ beskrivelse | <i>Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale som en del av sin utredning. Målt både ved hver enkelt enhet og nasjonalt. Hentet fra Behandlerskjema med besøksdato i perioden 01.01.23-31.12.23.</i> |
| Type indikator | <i>Prosessindikator</i> |
| Måloppnåelse | <i>Høy måloppnåelse: =/> 95 % Moderat måloppnåelse: 85-94 %</i> |
| Kunnskapsgrunnlag | <i>«Mestringsorientert samtale» er i denne sammenhengen forstått som toveis kommunikasjon vedrørende mestrings av plager, for eksempel prinsipper for hvordan tanker og adferd kan påvirke kroppslige plager eller bevisstgjøring av kroppslige/adferdsmessige ressurser. Nasjonale retningslinjer [16] har et stort fokus på kommunikasjon vedrørende pasientens mestringssevne i forhold til sine ryggplager, og kvalitetsindikator tar sikte på å måle i hvilken grad enhetene har fokus på pasientens mestringssevne i utredningen. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i> |
| Beregning | <i>Teller: Antall pasienter som fikk mottok mestringsorientert samtale ved første konsultasjon Nevner: Antall pasienter som har møtt til utredning og levert pasientskjema ved første konsultasjon</i> |



Figur 9: Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale som en del av sin utredning. Pasienter utredet i perioden 01.01.23-31.12.23.

Man oppnår moderat måloppnåelse nasjonalt, og alle enheter foruten en enhet oppnår minimum moderat måloppnåelse. Dette er en ny prosessindikator for 2023, og viser at en svært stor andel av pasienten mottar en mestringsrettet samtale som en del av sin utredning på sykehuset.

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

2.2.1 PROMs

- *Arbeidsstatus*. Pasienten selv-rapporterer arbeidsrettet aktivitet, sykemelding og lignende. Spørsmålene er likt formulert både før utredning og ved oppfølging, noe som dermed bedrer nøyaktighet av kartleggingen. Mål på et gult flagg [16]. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *Smerteintensitet*. Måles fra 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelig smerter). Rapporteres i hvile og i aktivitet. Slike smertere registreringer med bruk av en numerisk skårings-skala fra 0-10 (NRS) er velkjent i klinisk bruk og forskning [1]. Mål på et gult flagg [16]. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *Oswestry funksjonsskår (Oswestry Disability Index, ODI)* [2, 3]. Beskriver hvordan rygg smerter påvirker funksjoner i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0 % (ingen funksjonssvikt) til 100 % (maksimal funksjonssvikt). Skjemaet Oswestry Disability Index er laget til bruk for pasienter med rygg smerter. Fylles ut av alle pasienter. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *Nakke funksjonsskår (Neck Disability Index, NDI)* [4, 5]. Beskriver hvordan nakkesmerter påvirker funksjon i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0 poeng (ingen funksjonssvikt) til 50 poeng (maksimal funksjonssvikt). Korrigeres med mean substitution for inntil 2 missing. Skjemaet er laget til bruk for pasienter med nakkesmerter. Fylles kun ut av pasienter med nakkesmerter. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *EQ-5D-5L* [8, 21, 22]. Fem spørsmål som samlet skårer funksjon/ helse relatert livskvalitet (mobilitet, selv-ivaretagelse, hverdagsaktiviteter, smerte og angst/depresjon). Hver dimensjon angis enten som ingen, mild, moderat eller alvorlig. Dette gir en samlet index som går fra -0.594 til 1.0. >0.75 vurderes som normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt helse/helse relatert livskvalitet (best funksjon/helse relatert livskvalitet). Dersom det er en eller flere items ikke-utfyllt beregnes ikke score. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *EQ-VAS* [8, 21, 22]. En visuell analog skala. Pasienten markerer opplevd helse på en søyle fra 0 (verst tenkelig helse) til 100 (best tenkelig helse). EQ-5D og EQ-VAS er et generisk og mye brukt helse relatert livskvalitetsskjema, som også kan brukes til kost-nytte-analyser. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 mnd og 12 mnd.
- *Subjective health complaints* [9, 10]. Kartlegger grad og antall alminnelige helseplager. Mål på gult flagg og komorbiditet. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *Hopkins Symptoms CheckList-10 (HSCL-10)* [11, 23] kartlegger psykisk symptomtrykk. Korrigeres med mean substitution for inntil 2 missing. Verdi over 1,85 indikerer at videre utredning/behandling bør vurderes [12]. Mål på gult flagg [16]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.

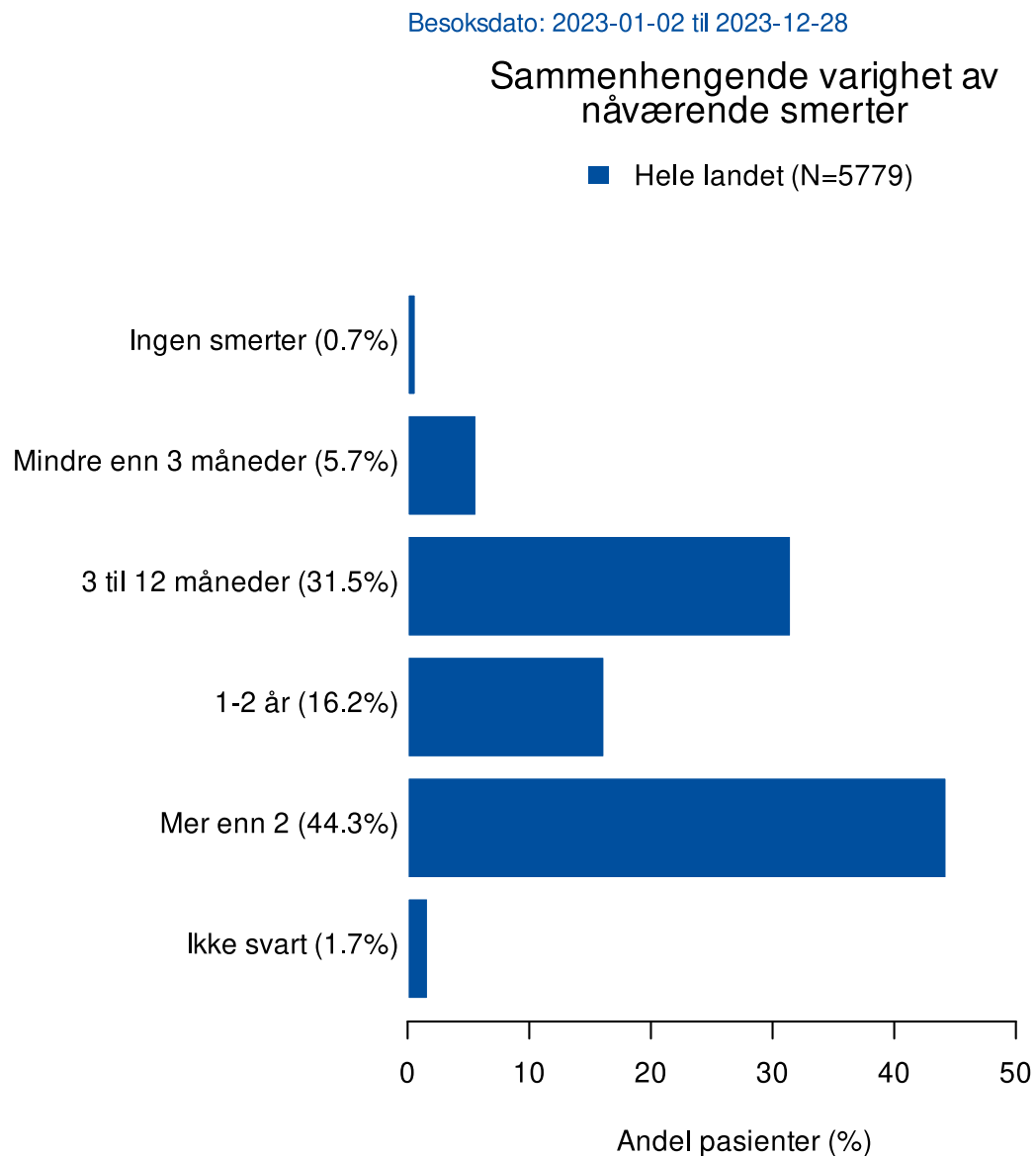
- *Smertetegning*. Grunnet digital løsning kan ikke pasienten skravere smertefulle områder på tegning, men krysser av kroppsavsnitt i tekstformat. Mål på gult flagg [16]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *The Fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ)* [13, 14]. 11 av 16 spørsmål er tatt med. Disse utforsker tanker om hvordan fysisk og arbeidsrelatert aktivitet er årsak til eller bidrar/forverrer/skader rygg eller nakke. Pasientens forventning om å være tilbake til jobb innen tre måneder kartlegges også, noe som er vurdert til å være en god prediktor for om pasienten gjenopptar arbeidsrettet aktivitet [24]. Mål på gult flagg[16]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *Saltin-Grimby Physical Activity Level* kartlegger fysisk aktivitet [15]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.

2.2.2 PREMs

Følgende PREM kartlegges kun ved oppfølging 6 og 12 mnd:

- «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?»
- «Hvilken nytte mener du at du har hatt av vurderingen/behandlingen?»

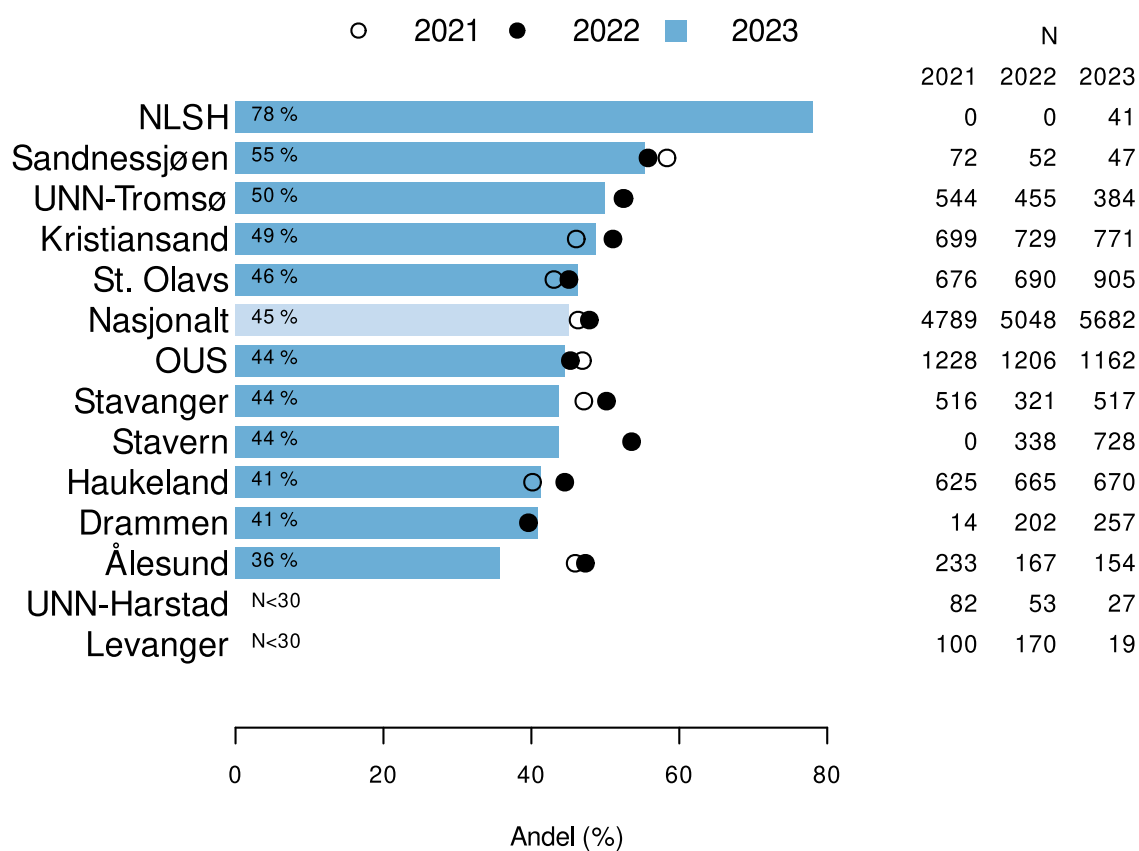
2.2.3 Smerter



Figur 10: Varighet av smerter

Over 90 % av pasientene i 2023 svarte at de hadde hatt smerter i mer enn tre måneder, og er likt som tidligere år. Dette viser at de med akutte smerter i liten grad blir henvist til spesialisthelsetjenesten, noe som er korrekt i henhold til nasjonale og internasjonale anbefalinger [16, 25]. Det er likevel ønskelig at det ikke går for lang tid før pasientene henvises til N/R-poliklinikker ved vedvarende smerter. Den største gruppen av pasienter har hatt smerter i over 2 år på hele 44,5 %, hvilket er likt med foregående år. Man kan også bemerke at de to største gruppene er de med smertevarighet mellom 3-12 mnd. og over 2 år. Det kan se ut som pasienter ofte enten blir henvist i sitt første år med plager eller har slitt med ryggplager over flere år før henvisning. Denne observasjonen er i tråd med hva man har sett tidligere år. Man ser denne trenden ved alle enheter.

Andel med varighet av plager >2 år

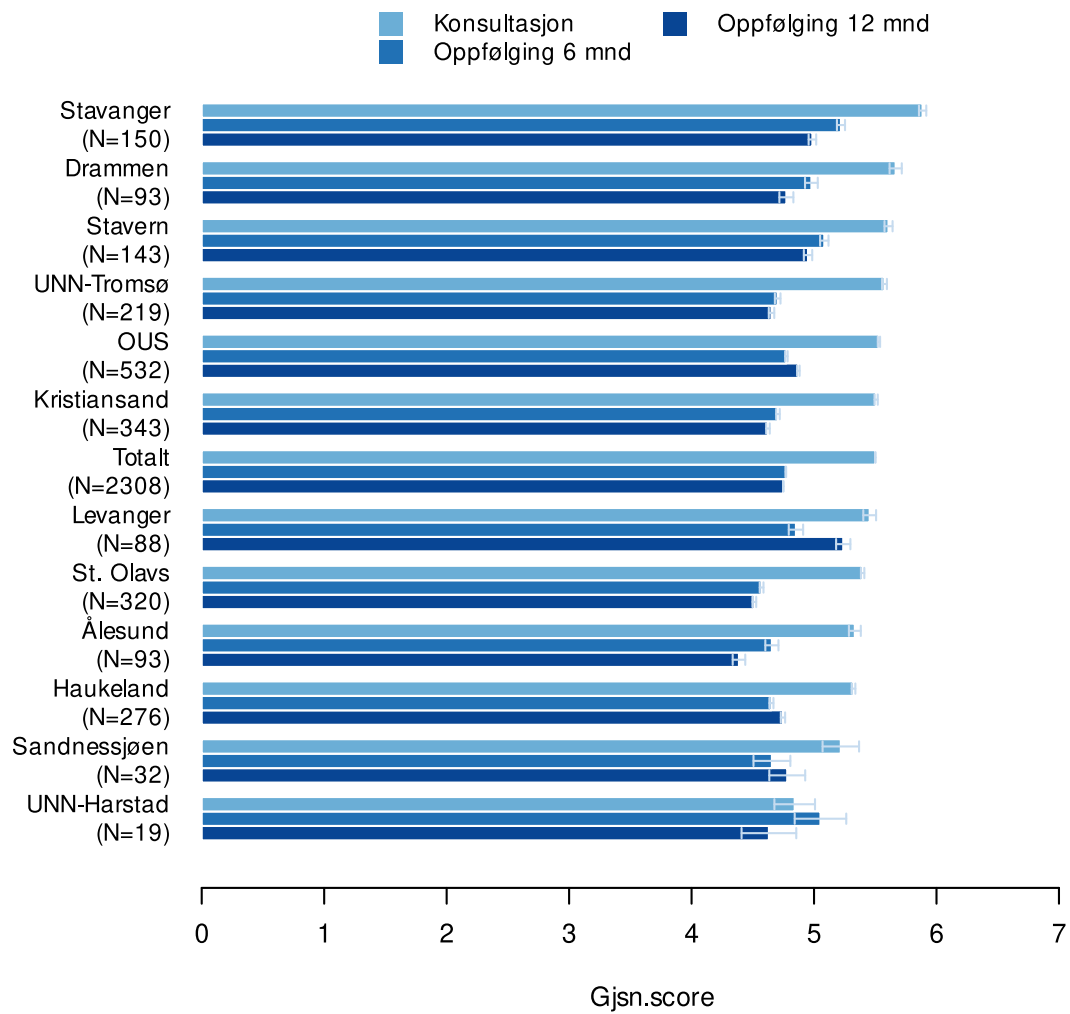


Figur 11: Andel med smertevarighet >2 år pr enhet. Ekskluderer de som har krysset for «ikke svart» samt de med ingen registrerte svar på spørsmålet.

Intervensjoner for å bedre smerter har trolig best resultat dersom smertene har vart under to år. Som nevnt over er det nasjonalt 45 % som har hatt rygg smerter i mer enn to år, noe som er likt med tidligere år. Man ser også til dels stor geografisk variasjon i andel; hvilket både kan ha noe å si for forventet utfall for pasientene ved den enkelte enhet, samt at det kan bety at pasienter gis forskjellige tilbud rundt omkring i landet.

Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

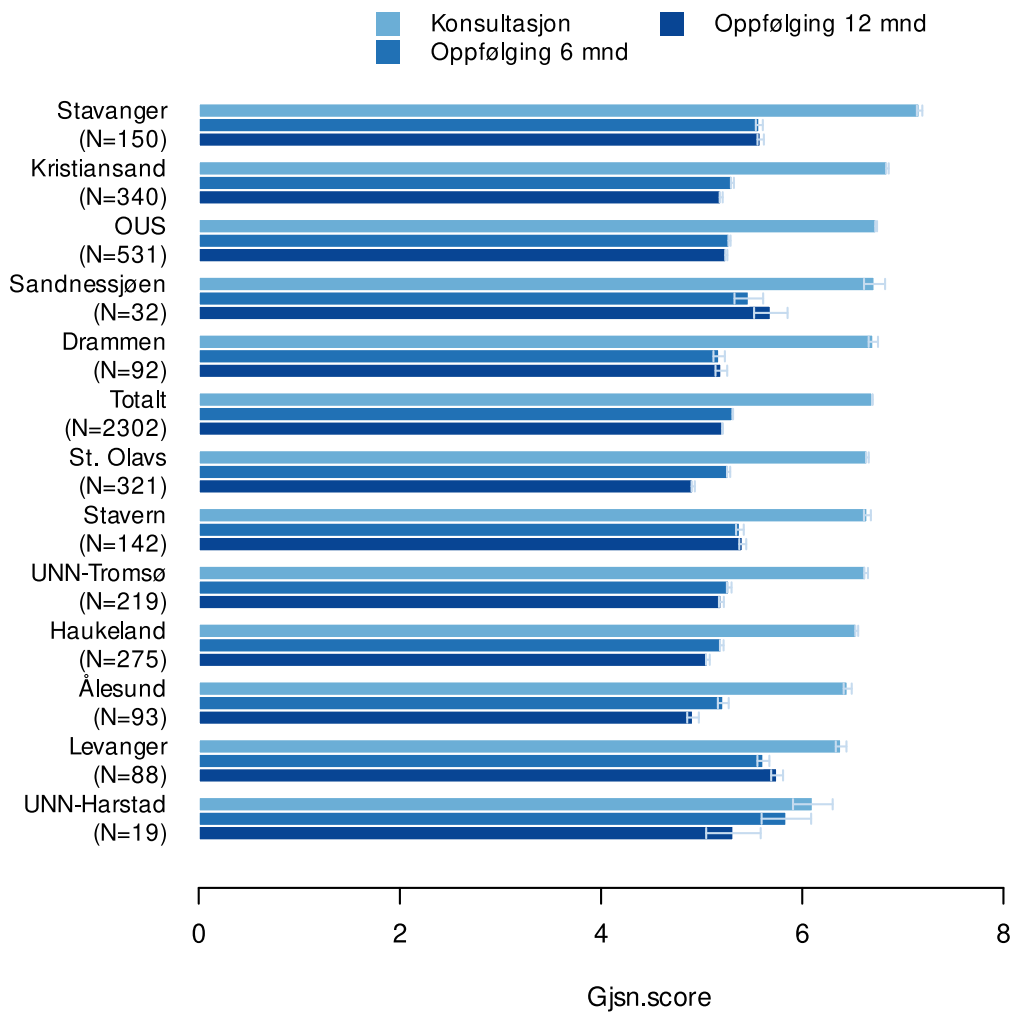
Smerte i hvile med 95% konfidensintervall



Figur 12: Smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging.

Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

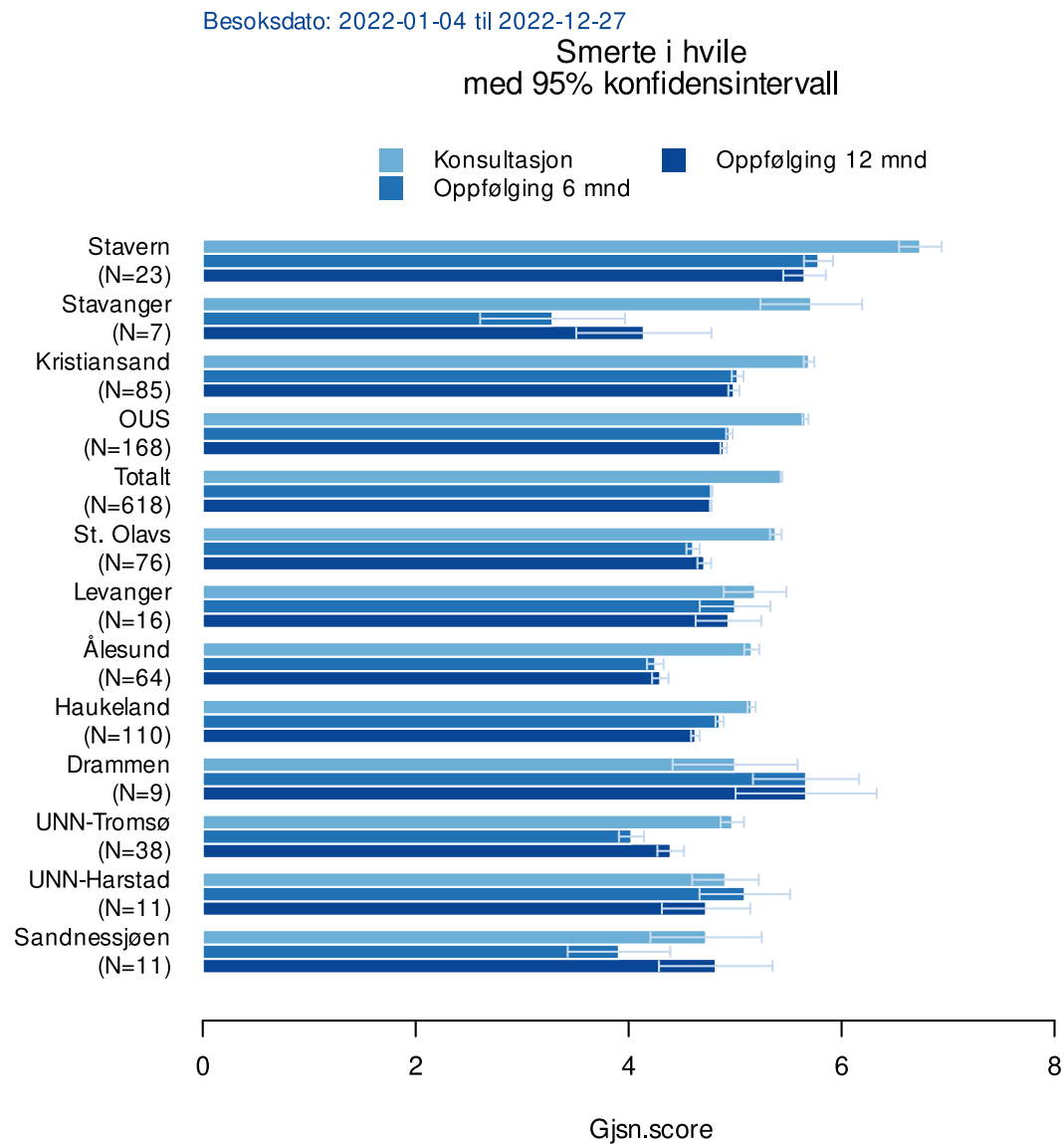
Smerte i aktivitet med 95% konfidensintervall



Figur 13: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging.

2.2.4 Smerter blant pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling

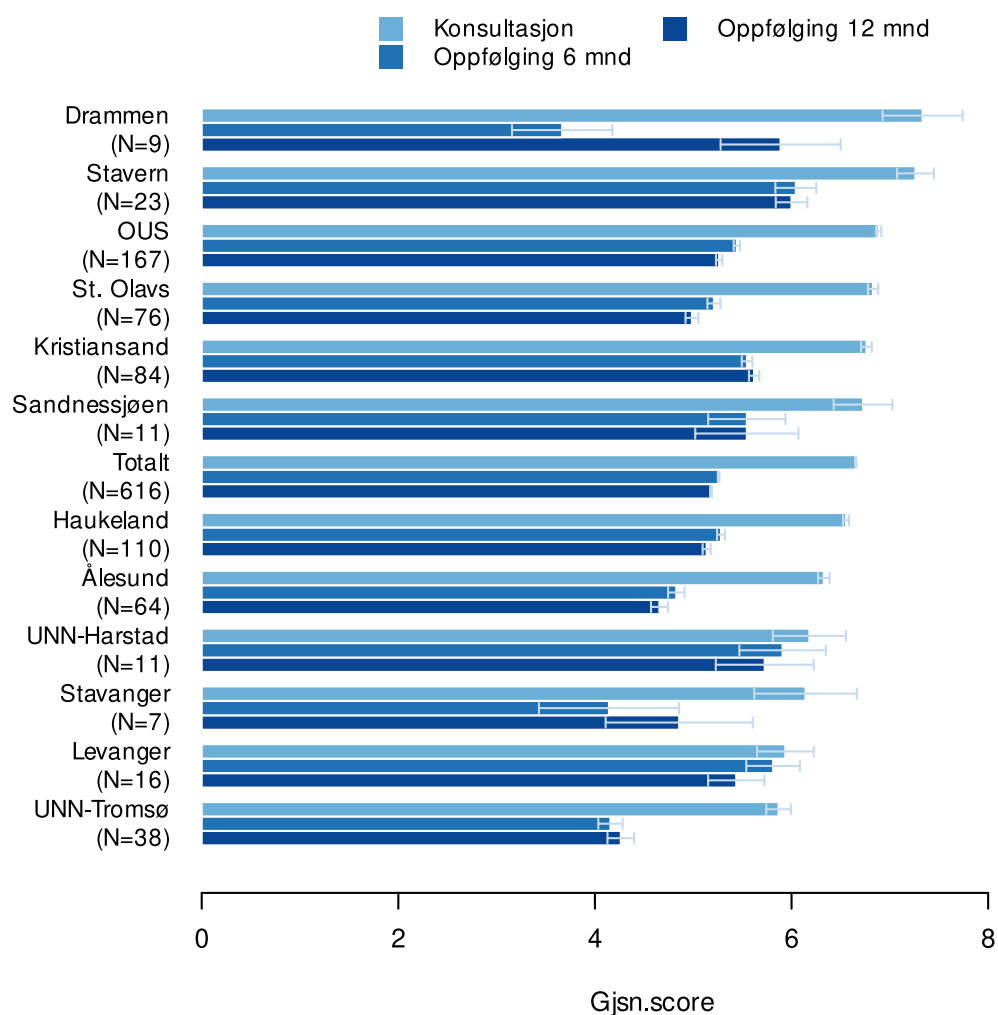
Pasienter som har fått **tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten** og som har fylt ut oppfølgings skjema er evaluert med tanke på flere resultatmål, blant annet smerte. Alle henvist til individuell eller gruppebasert tverrfaglig behandling er inkludert i påfølgende to figurer. Her finnes det også tall for oppfølging 12 mnd.



Figur 14: Smerteintensitet i hvile ved første konsultasjon, etter 6 måneder og etter 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Besoksdato: 2022-01-04 til 2022-12-27

Smerte i aktivitet med 95% konfidensintervall



Figur 15: Smerteintensitet i aktivitet ved første konsultasjon, etter 6 måneder og 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Det er noen geografiske forskjeller i endring i både smerte i hvile og aktivitet etter tverrfaglig behandling. Det er likevel vanskelig å se forskjeller som kan peke i retning av at det er vesentlig forskjell i kvalitet på behandlingstilbudet ved de ulike enhetene. Ved vurdering av disse behandlingsforløpene må en huske at alle typer tverrfaglig behandling er inkludert, også individuell tverrfaglig behandling med kun en oppfølgingskonsultasjon. I framtidige analyser - i forskningsprosjekter og lokale kvalitetsprosjekt - kan forskjeller mellom mer spesifikke behandlingsløyper utforskes, og hvis ønskelig kan man sub-gruppere innen disse. Når man sammenligner endring i gruppen som mottar tverrfaglig behandling med pasientgruppen som helhet må man ta i betraktning at det er en selektert gruppe til tverrfaglig behandling som sannsynligvis hadde dårligere funksjon eller flere tilleggsplager i utgangspunktet.

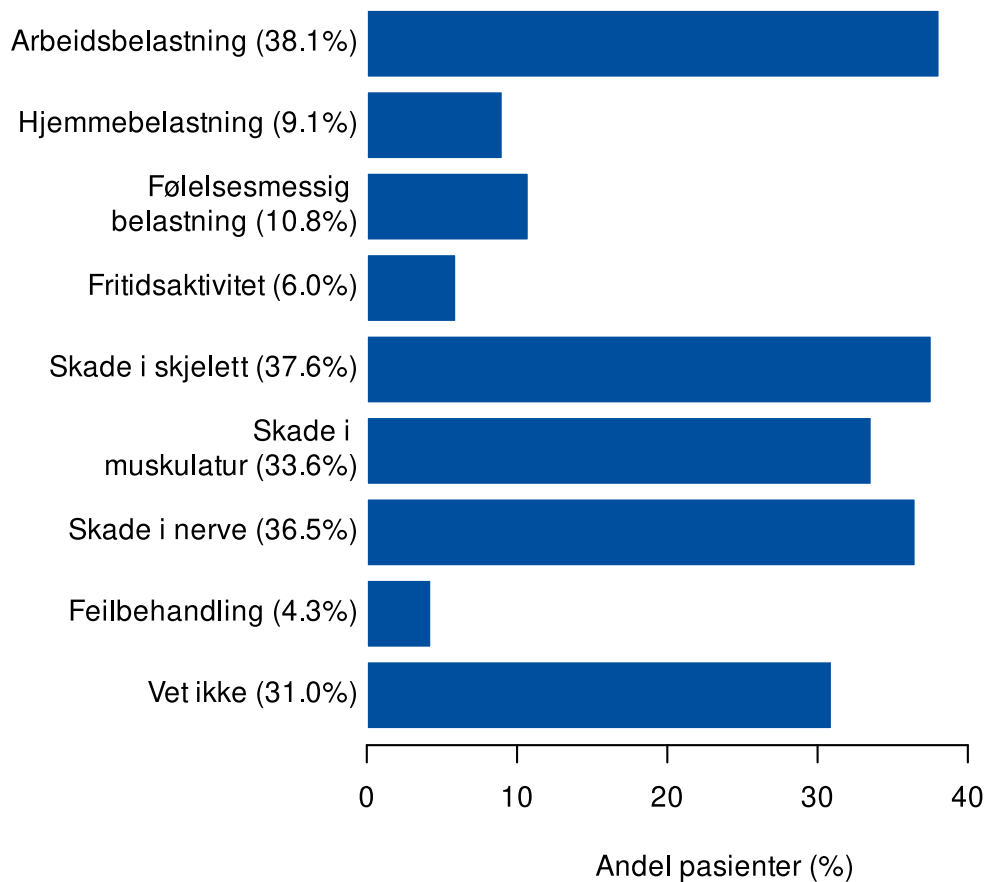
2.2.5 Pasientopplevd årsak til smerter

Hva pasienten angir er årsak til smerter er ofte viktig å ta tak i møte med den enkelte pasient.

Besoksdato: 2023-01-02 til 2023-12-28

Hva tror du selv er årsak til smertene dine?
(flere kryss er mulig)

■ Hele landet (N=5779)

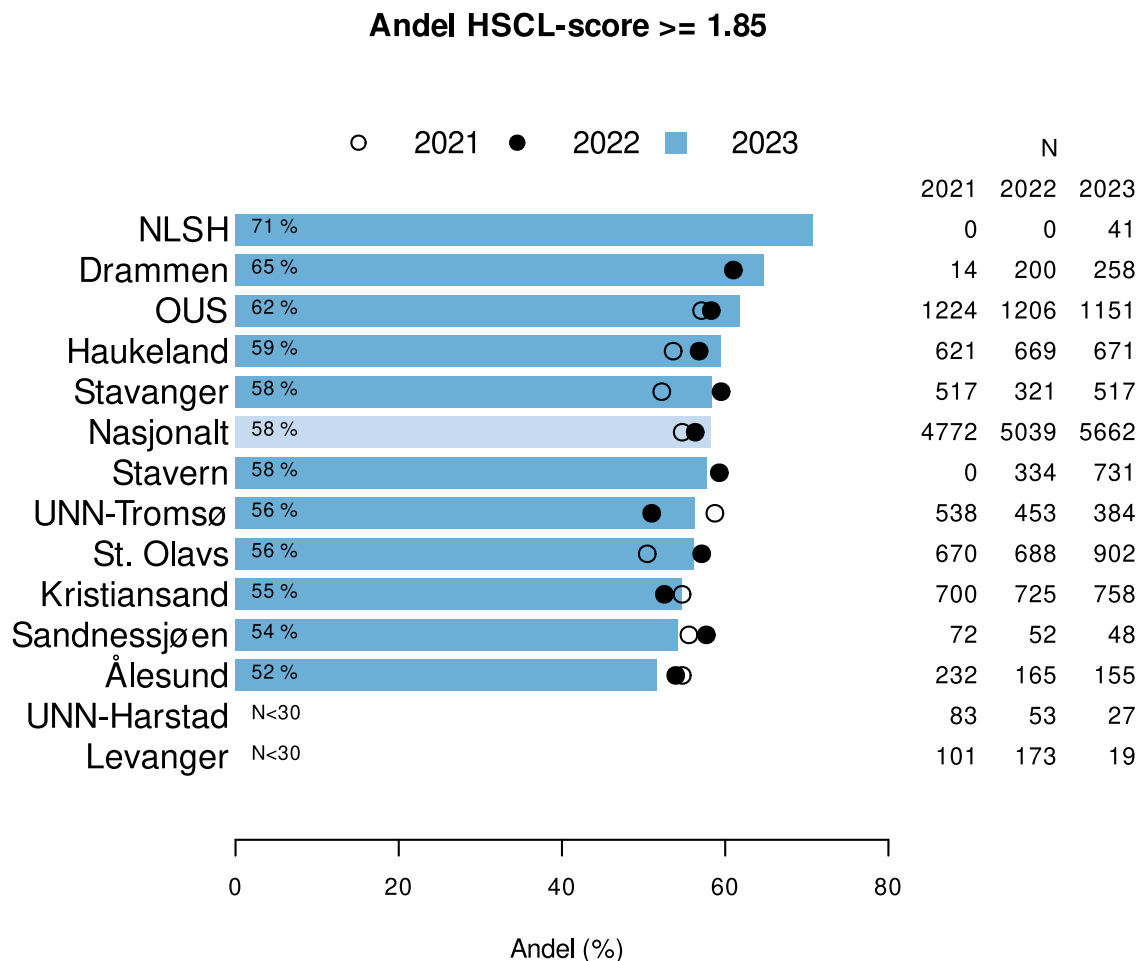


Figur 16: Pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig.

Det er svært mange pasienter som tror arbeidsbelastningen er årsak til smerter, hvilket er likt med tidligere år. Negative tanker omkring arbeid kan være en sentral hindring for tilbakeføring til jobb. Slike pessimistiske tanker kan bidra til mer langvarig forløp (ref. gule flagg [16]). Prosentandelene i tabellen for 2023 er ellers relativt like med foregående år. Dette viser også at en betydelig andel av pasientene tenker at det er strukturelle årsaker til smertene. Til sammenligning er det kun 10,8 % som tenker at den følelsesmessige belastningen er årsak til smertene (en liten økning fra 9,4 % i 2022, selv om det er påvist høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg [16])).

2.2.6 Psykisk symptomtrykk

Man vet at det er høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg [16]). Å kartlegge dette og ta tak i temaet i møte med den enkelte pasient kan være viktig for å bedre prognosen. HSCL 10 er et skjema som kartlegger psykisk symptomtrykk. Psykisk symptomtrykk er ikke nødvendigvis det samme som psykisk lidelse, men ved verdi over 1,85 bør behandling for psykiske plager vurderes [12].

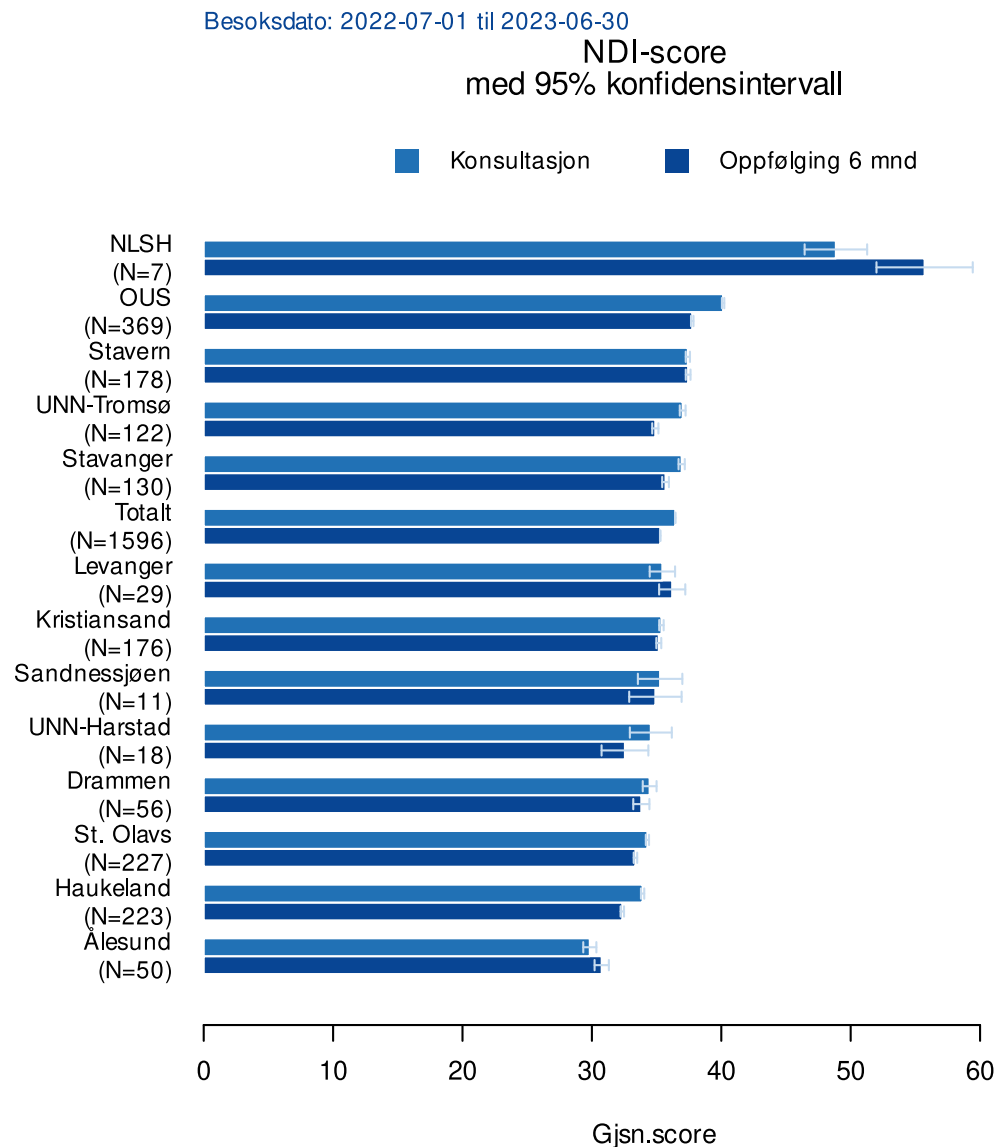


Figur 17: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren.

Alle enheter har over 50 % av pasienter med høyt psykisk symptomtrykk. Andelen nasjonalt og ved de fleste enhetene er økende. I følge nasjonal retningslinje for behandling av rygg smerter kan gule flagg, som psykiske symptomer, øke risikoen for å utvikle langvarige smerter [16]. Den høye andelen pasienter med høyt psykisk symptomtrykk viser viktigheten av å knytte enhetene opp mot psykolog eller ha tilgjengelig andre kognitive tiltak.

2.2.7 Funksjonskartlegging

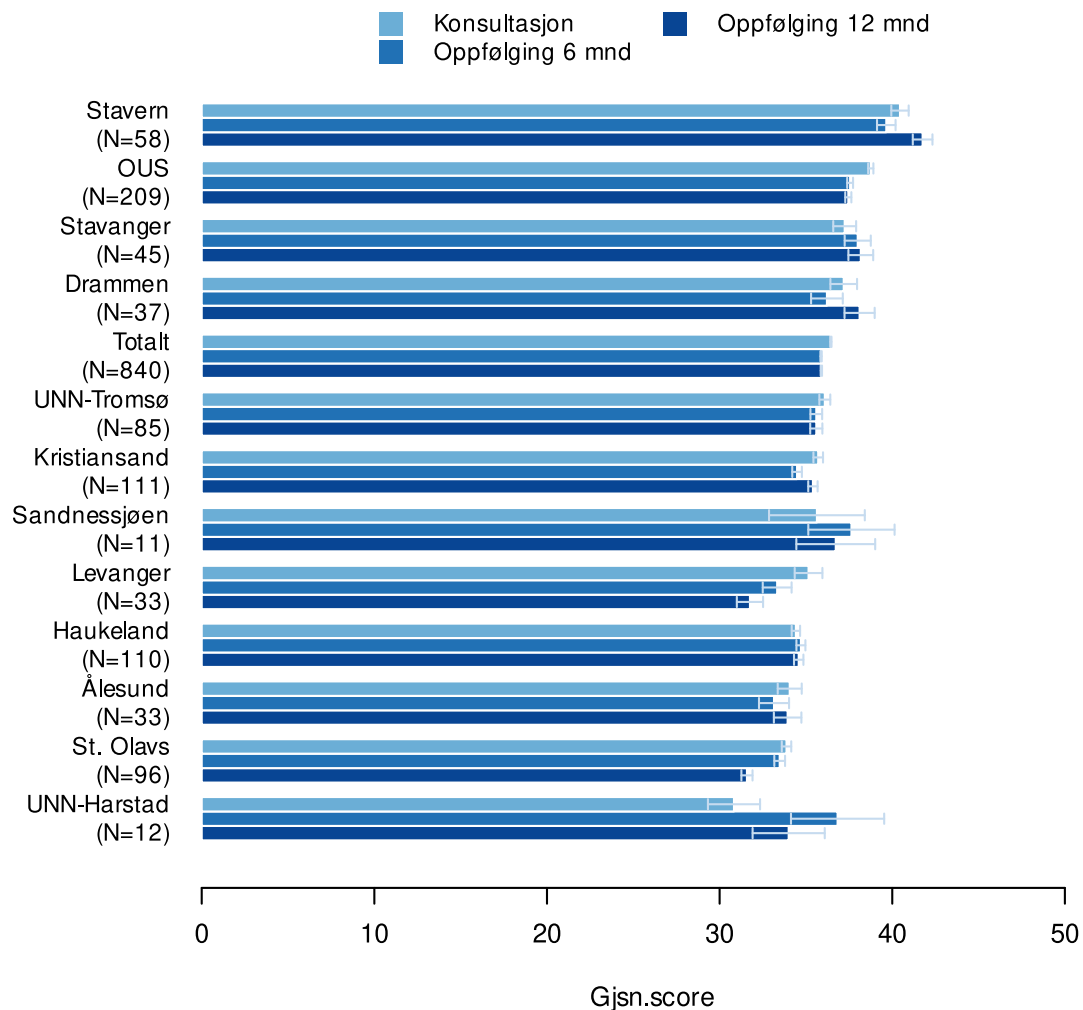
Langvarig smerter påvirker ofte funksjon. Et mål med intervensjoner ved N/R-poliklinikker er ikke nødvendigvis å gjøre pasienten smertefri, men å bedre funksjon og dermed bidra til både økt deltakelse sosialt og i arbeid. Alle pasienter fyller ut Oswestry Disability Index (ODI) som kartlegger ryggrelatert funksjonsscore. Pasientene som har nakkesmerter fyller i tillegg ut Neck Disability Index (NDI) som kartlegger nakkerelatert funksjon.



Figur 18: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder.

Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

NDI-score med 95% konfidensintervall



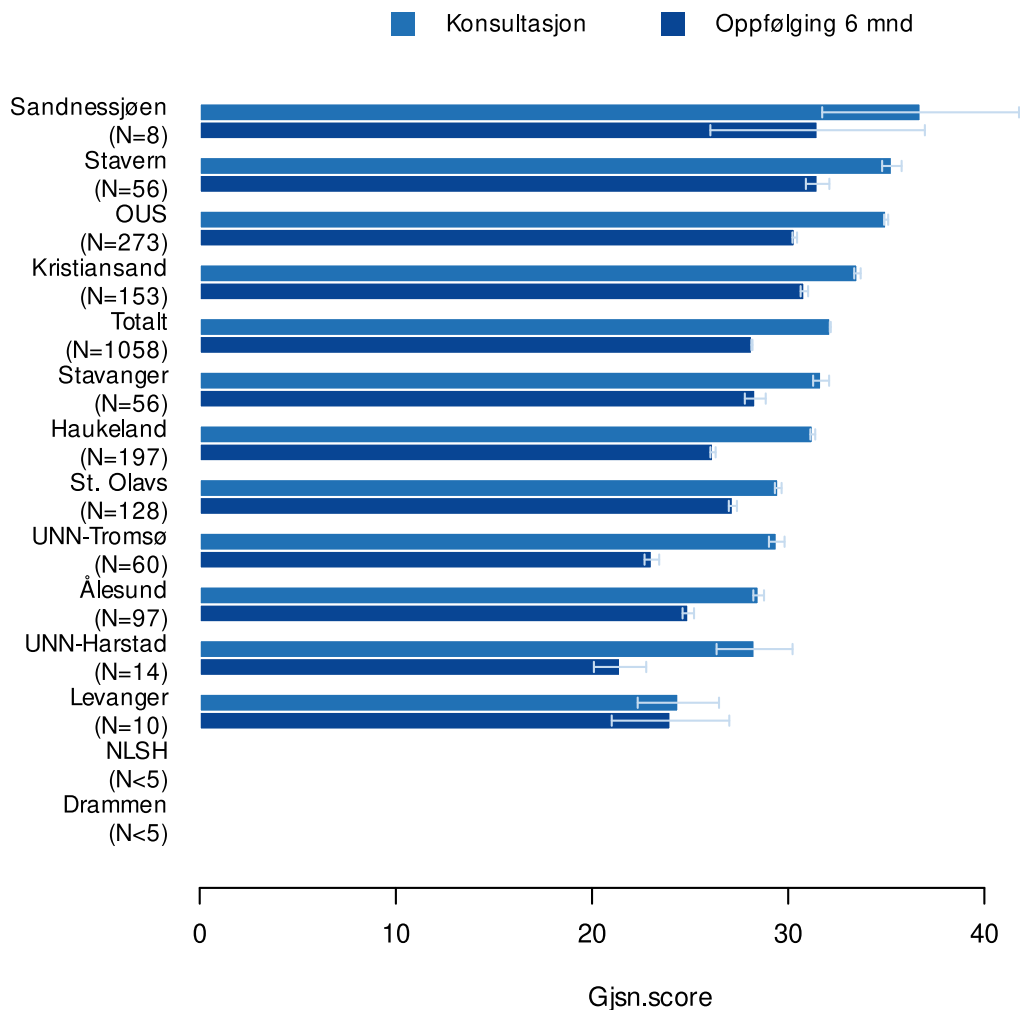
Figur 19: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder og 12 måneder (kun pasienter som har svart på alle tre skjema er inkludert).

Det er liten endring i NDI-score i gruppen totalt fra første konsultasjon til 6 måneders oppfølging. Man ser også liten endring ved 12 mnd ift 6 mnd. Dette kan også være en indikasjon for å forbedre anbefalte tiltak til pasienter med nakkeplager. Det eksisterer ikke egne nasjonale retningslinjer for behandling av nakkesmerter i Norge. Det bemerkes at det er særlig små tall og må tolkes med forsiktighet.

Det er også kartlagt utviklingen av ryggsmerte-relatert funksjon (ODI) hos pasienter som har blitt selektert til tverrfaglig behandling.

Besoksdato: 2022-07-01 til 2023-06-30

ODI-score med 95% konfidensintervall



Figur 20: ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Tallene er relativt like mellom enhetene som igjen kan peke i retning av at det ikke er en behandling som gis ved en av enhetene som er betydelig bedre enn ved andre enheter. Det er ikke sammenlignet i hvilken grad de som er tverrfaglig behandlet har større eller mindre grad av bedring sammenlignet med dem som ikke mottar tverrfaglig behandling.

Ved vurdering av disse forløpene må en huske at alle typer tverrfaglig behandling var inkludert, også individuell tverrfaglig behandling kun en gang og at antallet pasienter er små. Funnene er ikke justert for andre variabler. I framtidige analyser - i forskningsprosjekter og lokale kvalitetsprosjekter - kan man analysere for mer spesifikke behandlingsløyper og hvis ønskelig for subgrupper innen disse.

2.2.8 Frykt og unngåelsesadferd (fear-avoidance) og helserelatert livskvalitet
 Frykt og unngåelsesadferd for fysisk aktivitet eller arbeidsrettet aktivitet samt svekket
 helserelatert livskvalitet kan påvirke forløpet (jf gule flagg [16]).

| SykehusNavn | Gj.snitt.fabq.fysisk | Gj.snitt.fabq.arbeid | Gj.snitt.eq5d | Gj.snitt.eq5d.vas |
|---------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| Drammen | 14.9 (257) | 23.3 (256) | 0.62 (211) | 49.9 (214) |
| Haukeland | 13.3 (673) | 23 (670) | 0.67 (599) | 51.6 (606) |
| Kristiansand | 14.2 (766) | 22 (744) | 0.64 (622) | 48.7 (638) |
| Levanger | 12 (18) | 22.6 (18) | 0.58 (13) | 48.7 (13) |
| NLSH | 15 (41) | 26.3 (41) | 0.61 (38) | 42.6 (39) |
| OUS | 15.3 (1165) | 22.7 (1142) | 0.62 (984) | 50.4 (1002) |
| Sandnessjøen | 13.6 (48) | 26.8 (48) | 0.68 (43) | 46.5 (44) |
| St. Olavs | 13.4 (908) | 21.2 (886) | 0.66 (748) | 51.7 (764) |
| Stavanger | 14.5 (517) | 23.7 (513) | 0.65 (454) | 50.6 (463) |
| Stavern | 14 (733) | 22.9 (717) | 0.63 (629) | 49.5 (636) |
| UNN-Harstad | 14.7 (27) | 25.4 (27) | 0.62 (24) | 37.8 (24) |
| UNN-Tromsø | 13.7 (384) | 22.6 (379) | 0.67 (324) | 50 (334) |
| Ålesund | 13.3 (155) | 21.5 (155) | 0.7 (132) | 54.4 (132) |
| Totalt | 14.1 (5692) | 22.6 (5596) | 0.64 (4821) | 50.3 (4909) |

Tabell 2: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) måler unngåelsesadferd for fysisk aktivitet og arbeid. Skjemaet har to subskalaer: FABQ- Fysisk aktivitet (<14 ubetydelig, 14 -16 moderat, 17 høy). FABQ- Arbeid (<20 ubetydelig, 20-24 moderat, 25 høy). Helserelatert livskvalitetsmål (EQ-5D-5L) har 5 spørsmål som utregnes til en index >0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt. EQ-VAS har en visuell skala hvor pasienten angir fra 0-100 hvor 100 er best tenkelige helsetilstand (100-90 % god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse).

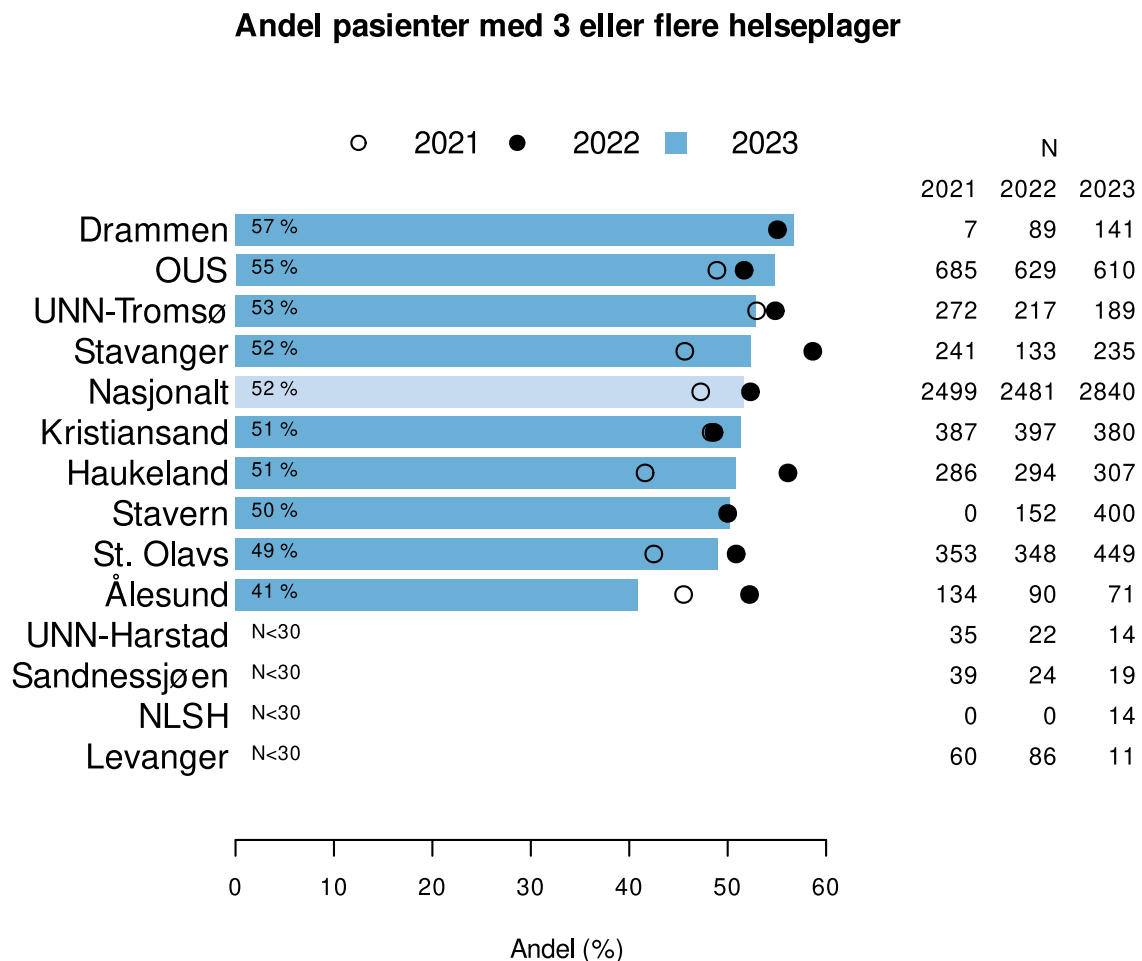
Ved nesten alle enhetene indikerer gjennomsnittsscore at det er liten grad av unngåelsesadferd for fysisk aktivitet, mens ved de fleste enhetene er gjennomsnittsscore i forhold til arbeid forenlig med moderat grad av unngåelsesadferd.

Man ser også at pasientene ved alle enheter rapporterer moderat nedsatt helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L).

Pasientene ved alle enhetene rapporterer at de selv oppfatter at de i betydelig grad har nedsatt helse (EQ-VAS). Grad av nedsatt helse er relativt likt mellom alle enhetene.

2.2.9 Subjektive helseplager

Pasientene svarer på spørreskjemaet «Subjective Health Complaints» (tidligere kjent som «Ursin Health Inventory») som kartlegger opptil 29 (33 for kvinner) subjektive helseplager ved første konsultasjon. I denne tabellen viser man hvor stor andel av pasientene som rapporterer 3 eller flere subjektive helseplager *i tillegg til eventuelle plager fra rygg eller nakke*, og man må ha besvart med enten «en del» eller «alvorlig» plaget. I spørreskjemaet kan man rapportere rygg- og/eller nakkeplager, men siden man forventer at de aller fleste vil rapportere dette, så ekskluderes disse fra analysen.



Figur 21: Andel pasienter med 3 eller flere helseplager (utover smerter fra nakke og/eller rygg) besvart som «En del plaget» eller «Alvorlig plaget». I nevneren inngår kun pasienter som har besvart minst 3 av 33 spørsmål.

Man ser at det er en stor andel på 52 % nasjonalt som rapporterer 3 eller flere subjektive helseplager utover rygg- og/eller nakkeplager. Dette indikerer at pasientgruppen som helhet preges av betydelig grad av tilleggssymptomer; noe som man vet øker sannsynligheten for langvarige forløp med nakke- og/eller ryggsmarter (ref. gule flagg [16]).

2.2.10 Fysisk aktivitetsnivå

Pasientene rapporterer sitt fysiske aktivitetsnivå via skjemaet «Saltin-Grimby Physical Activity Level» [15]. Her rapporteres fysisk aktivitetsnivå basert på en av fire nivå med beskrivelse.

| Nivå | Beskrivelse | N | % |
|-------------|--|-------------|----------|
| 1 | Min fritid består hovedsakelig av å lese, se på TV eller annen stillesittende beskjeftigelse | 919 | 16 % |
| 2 | Jeg spaserer, sykler eller beveger meg på annen måte minst 4 timer i uken | 3545 | 60 % |
| 3 | Jeg driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller liknende (minst 4 timer i uken) | 954 | 16 % |
| 4 | Jeg trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken | 285 | 5 % |
| | Ikke svart | 165 | 3 % |
| Sum | | 5868 | |

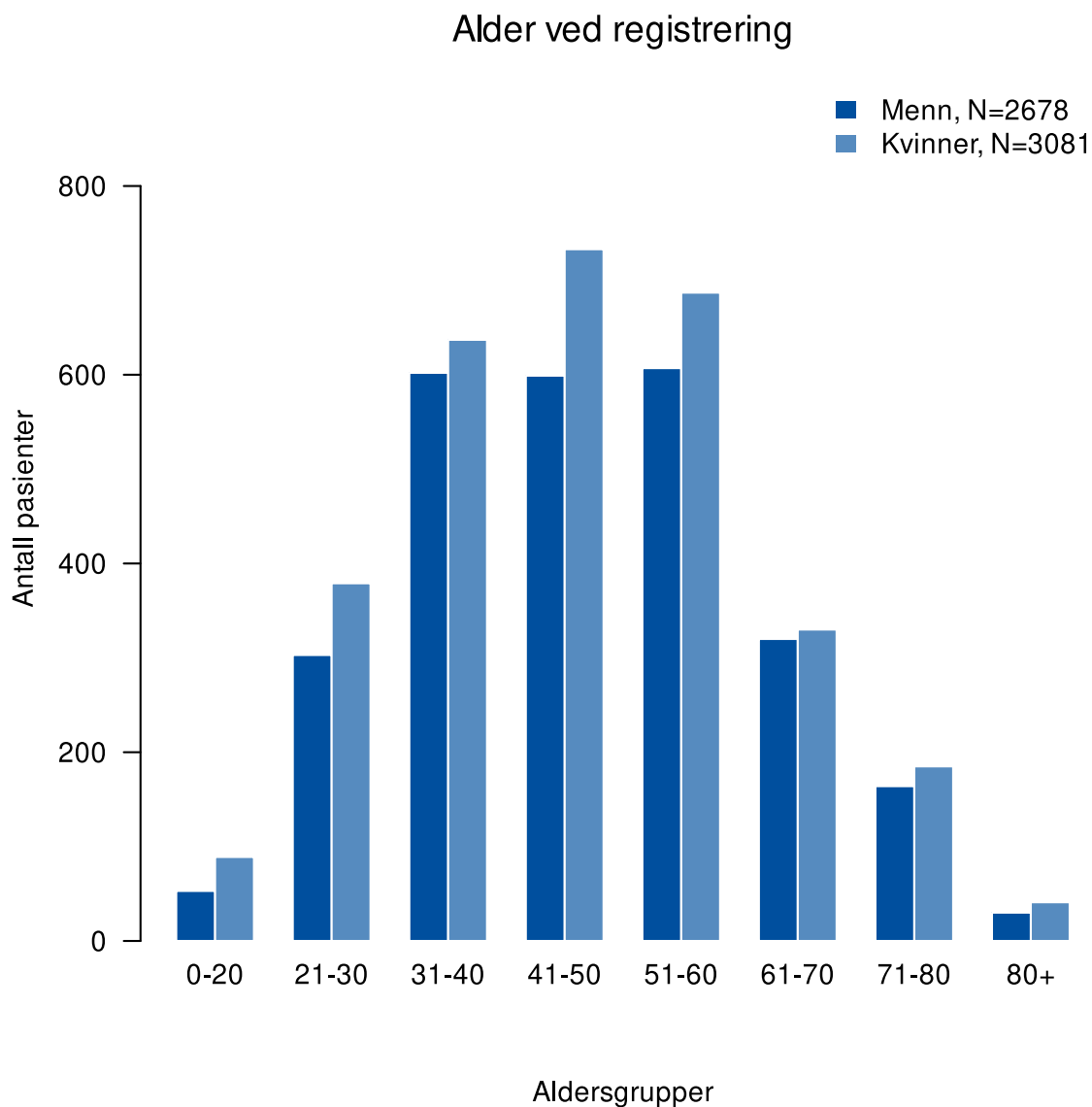
Tabell 3: Pasientrapportert fysisk aktivitetsnivå ved utredning

2.3 Andre analyser

Bakgrunnsdata registrert av pasientene

Bakgrunnsdata for pasienter er demografiske data som alder, kjønn og utdanning. Pasientene har mange likhetstrekk når man sammenligner de ulike enhetene, men man ser også en del interessante forskjeller mellom enhetene.

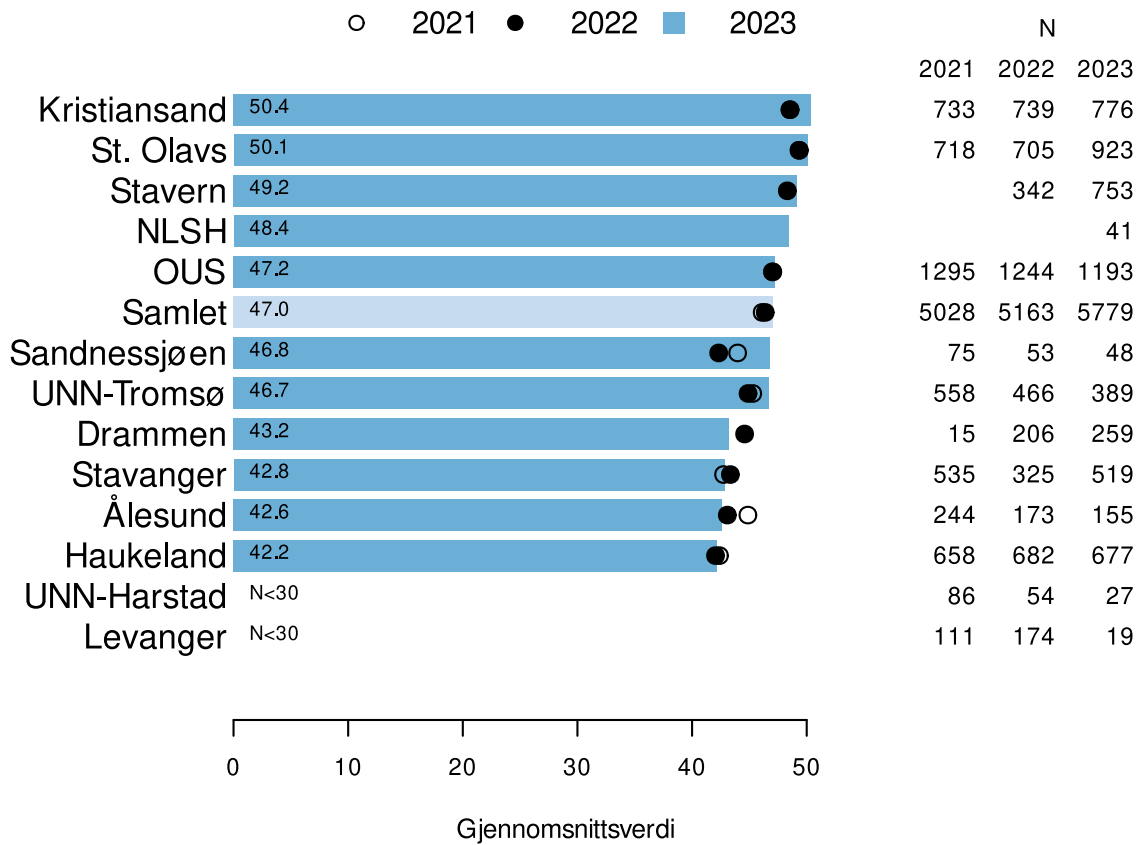
Besoksdato: 2023-01-02 til 2023-12-28



Figur 22: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn.

Det er spredning i alder på pasienter som utredes ved N/R-poliklinikkene, som tidligere år er flertallet mellom 31-60 år.

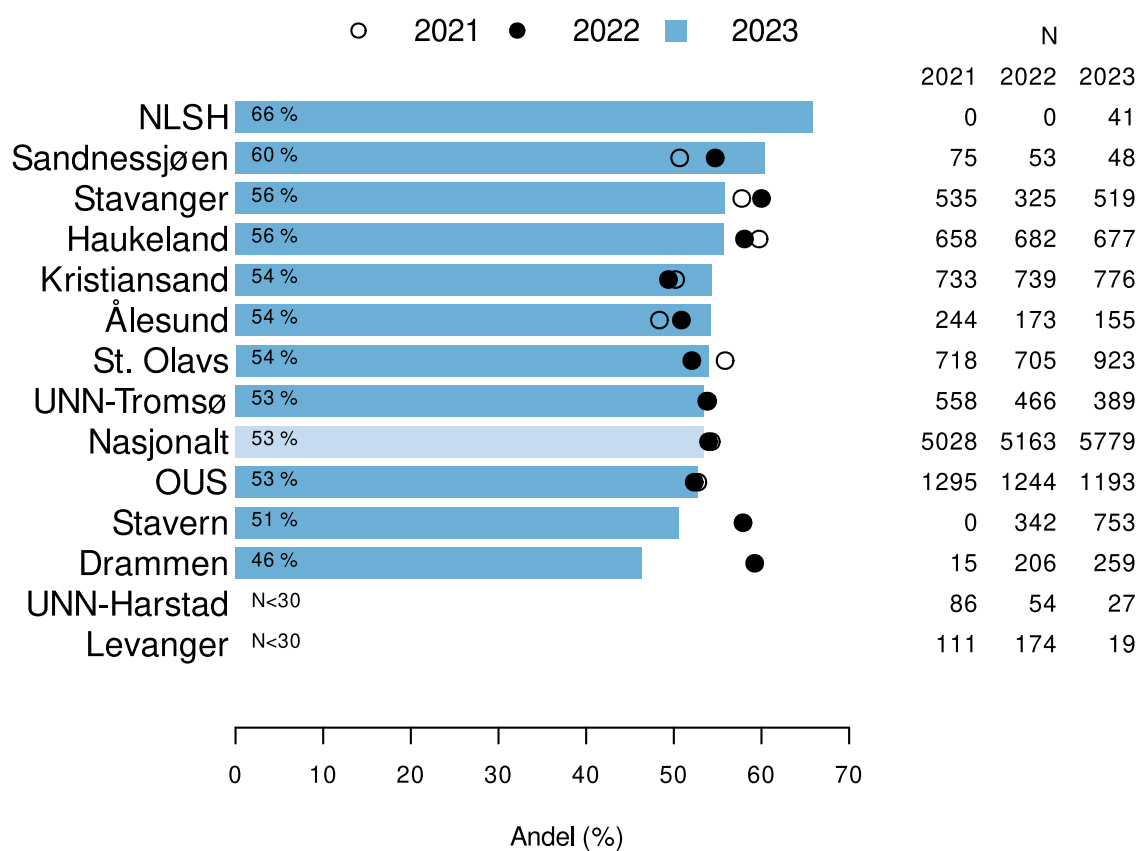
Gjennomsnittsalder



Figur 23: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet.

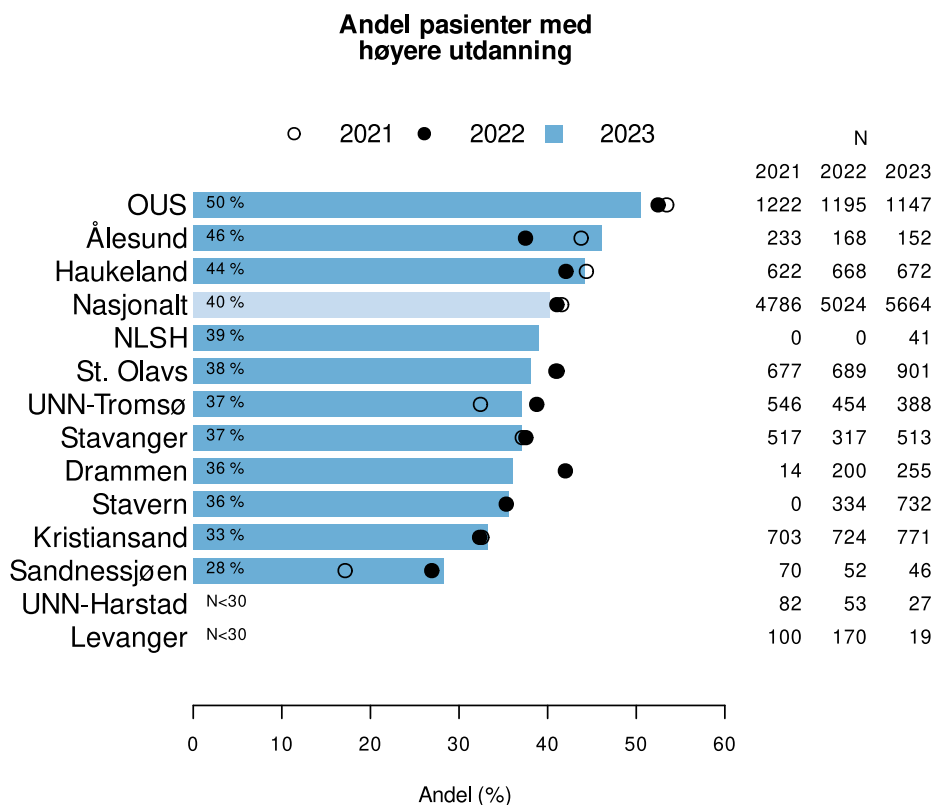
Den nasjonale gjennomsnittsalderen er 47 år, dog er det nesten 10 års variasjon i gjennomsnittsalderen ved de rapporterende enheter. Nasjonal gjennomsnittlig alder har vært relativt stabil siste årene.

Andel kvinner



Figur 24: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt.

Kvinner står for flertallet av pasientene, men man ser store nasjonale forskjeller.



Figur 25: Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning

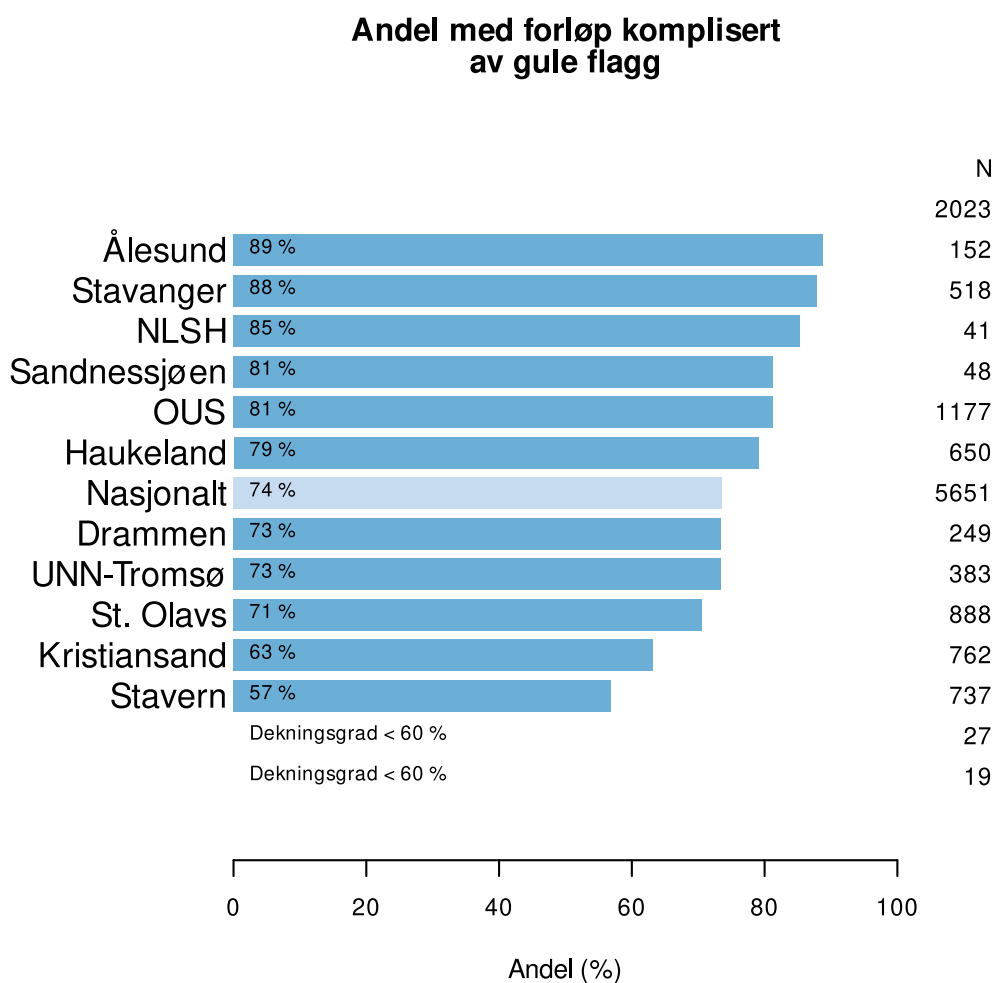
| Enhet | Grunnskole (7-10 år) | Vgs. yrkesfaglig | Vgs. allmennfaglig | Høyskole/univ < 4 år | Høyskole/univ ≥ 4 år | Ikke svart | N |
|--------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------|
| Drammen | 13.5% | 36.3% | 13.1% | 22.4% | 13.1% | 1.5% | 259 |
| Haukeland | 8.6% | 34.3% | 12.6% | 22.3% | 21.6% | 0.7% | 677 |
| Kristiansand | 15.9% | 38.5% | 12 % | 19.5% | 13.5% | 0.6% | 776 |
| Levanger | 21.1% | 47.4% | 5.3% | 26.3% | 0 % | 0 % | 19 |
| NLSH | 12.2% | 41.5% | 7.3% | 22 % | 17.1% | 0 % | 41 |
| OUS | 13.1% | 20.5% | 14.1% | 20.9% | 27.7% | 3.9% | 1193 |
| Sandnessjøen | 4.2% | 62.5% | 2.1% | 18.8% | 8.3% | 4.2% | 48 |
| St. Olavs | 12.6% | 36.5% | 11.4% | 19.1% | 18.1% | 2.4% | 923 |
| Stavanger | 10.8% | 40.1% | 11.4% | 17 % | 19.7% | 1.2% | 519 |
| Stavern | 14.3% | 33.1% | 15.1% | 22 % | 12.6% | 2.8% | 753 |
| UNN-Harstad | 3.7% | 44.4% | 3.7% | 25.9% | 22.2% | 0 % | 27 |
| UNN-Tromsø | 15.4% | 35.5% | 11.8% | 18.3% | 18.8% | 0.3% | 389 |
| Ålesund | 10.3% | 31 % | 11.6% | 23.2% | 21.9% | 1.9% | 155 |
| Sum | 13.0% | 3.3% | 12.5% | 20.3% | 19.2% | 2 % | 5779 |

Tabell 4: Utdanningsnivå

Det er til dels store forskjeller i utdanningsnivå ved de forskjellige enhetene. Ved OUS har en betydelig større grad høyere utdanning (totalt 50 %) enn landsgjennomsnittet. Man vet at sosioøkonomisk status og utdanningsnivå påvirker prognoser ved smerteplager, og kanskje kan variasjon i utdanningsnivå forklare noe av forskjellene man ellers ser i de pasientrapporterte dataene fra de forskjellige enhetene.

Sammensatte plager

Pasientgruppen som helhet er preget av sammensatte symptombilder. Helsepersonell har vurdert om gule flagg kompliserer pasientens forløp. Her er svaralternativene «i noen grad» og «i stor grad» slått sammen til en andel.



Figur 26: Andel der man vurderer at pasientens forløp er komplisert av gule flagg - fordelt på enheter

Tidligere gjennomgått kirurgi

| Enhet | Ja | Nei | Ukjent | N |
|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Drammen | 4.6 % | 95.4 % | 0 % | 259 |
| Haukeland | 8.3 % | 91 % | 0.7 % | 677 |
| Kristiansand | 11.3 % | 88.4 % | 0.3 % | 776 |
| Levanger | 36.8 % | 63.2 % | 0 % | 19 |
| NLSH | 7.3 % | 92.7 % | 0 % | 41 |
| OUS | 8.5 % | 91.4 % | 0.1 % | 1193 |
| Sandnessjøen | 14.6 % | 85.4 % | 0 % | 48 |
| St. Olavs | 13.5 % | 86.2 % | 0.2 % | 923 |
| Stavanger | 11.2 % | 88.8 % | 0 % | 519 |
| Stavern | 8.8 % | 90.3 % | 0.9 % | 753 |
| UNN-Harstad | 7.4 % | 92.6 % | 0 % | 27 |
| UNN-Tromsø | 12.9 % | 86.9 % | 0.3 % | 389 |
| Ålesund | 5.8 % | 94.2 % | 0 % | 155 |
| Sum | 10.1% | 89.6% | 0.3% | 5779 |

Tabell 5: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes.

| Enhet | Ja | Nei | Ukjent | N |
|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| Drammen | 1.9 % | 98.1 % | 0 % | 259 |
| Haukeland | 1.8 % | 97.3 % | 0.9 % | 677 |
| Kristiansand | 1.2 % | 98.7 % | 0.1 % | 776 |
| Levanger | 0 % | 100 % | 0 % | 19 |
| NLSH | 2.4 % | 97.6 % | 0 % | 41 |
| OUS | 1.7 % | 98.3 % | 0 % | 1193 |
| Sandnessjøen | 2.1 % | 97.9 % | 0 % | 48 |
| St. Olavs | 3.9 % | 95.8 % | 0.3 % | 923 |
| Stavanger | 4.4 % | 95.6 % | 0 % | 519 |
| Stavern | 1.7 % | 97.5 % | 0.8 % | 753 |
| UNN-Harstad | 0 % | 100 % | 0 % | 27 |
| UNN-Tromsø | 3.6 % | 96.4 % | 0 % | 389 |
| Ålesund | 1.3 % | 98.7 % | 0 % | 155 |
| Sum | 2.4% | 97.4% | 0.3% | 5779 |

Tabell 6: Antall pasienter som tidligere er operert i nakke pr enhet. Prosent i parentes.

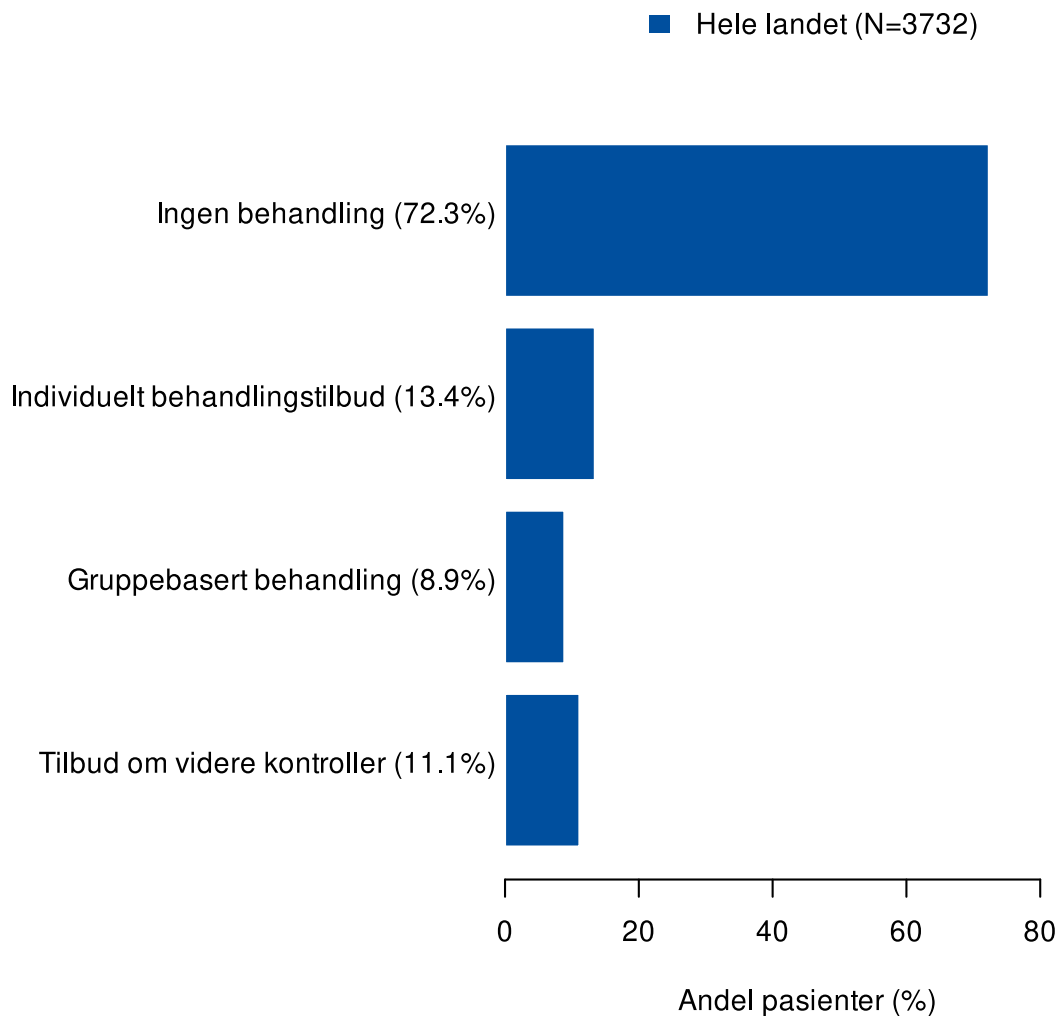
Som ved tidligere år er hovedandelen av alle pasienter ikke tidligere operert for sine nakke- og/eller ryggplager. Likevel ser man at omlag 10 % har tidligere gjennomgått ryggkirurgi. Det er også en stor geografisk variasjon i andel ryggopererte mellom enhetene.

Pasientrapportert behandling

Alle pasientene blir bedt om å rapportere i oppfølgingsskjemaet etter 6 måneder hvilken behandling de har fått. De kan krysse av på flere alternativer.

Besoksdato: 2022-07-01 til 2023-06-30

Pasientrapportert behandling på nakke- og ryggpoliklinikk



Figur 27: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling.

I 2023 er det omtrent samme andel pasienter sammenlignet med foregående år som rapporterer at de har mottatt ingen behandling ved poliklinikkene.

Til sammenligning oppgis det via behandlerskjema at 54 % ble anbefalt behandling i spesialisthelsetjenesten ved første konsultasjon. Årsaken til denne diskrepansen kan være at kontroller med råd, veiledning og egentrening ikke blir sett på som behandling, men heller sett på som egentiltak. En liten andel kan også skyldes at pasienten har valgt å ikke delta på behandlingen de er henvist til. Det er også diskrepans mellom andel som man via behandlerskjemaet ser har blitt henvist til vurdering av operasjon (6,3 %) og

pasientrapportert andel som har sier at operasjon har vært en del av behandlingen (27,7 %). Årsak til denne diskrepansen er ikke kartlagt ytterligere. Det kan være mulig at en del pasienter som er operert tidligere (altså i sin tidligere sykehistorie) tenker at dette skal rapporteres, og dermed gir et kunstig høyt tall her.

Når man ser på fordelingen av videre pasientrapportert behandling pr enhet fordeler det seg i 2023 som følgende tabell viser.

| | Ingen beh. | Operasjon | Individuell beh. | Gruppe-beh. | Videre kontroller | N |
|--------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| Drammen | 127 (91.4%) | 12 (8.6%) | 7 (5%) | 3 (2.2%) | 3 (2.2%) | 139 |
| Haukeland | 292 (67.3%) | 142 (32.7%) | 48 (11.1%) | 76 (17.5%) | 83 (19.1%) | 434 |
| Kristiansand | 415 (77.6%) | 120 (22.4%) | 44 (8.2%) | 54 (10.1%) | 37 (6.9%) | 535 |
| Levanger | 56 (78.9%) | 15 (21.1%) | 1 (1.4%) | 9 (12.7%) | 2 (2.8%) | 71 |
| NLSH | 9 (81.8%) | 2 (18.2%) | 0 (0%) | 1 (9.1%) | 1 (9.1%) | 11 |
| OUS | 537 (69%) | 241 (31%) | 141 (18.1%) | 48 (6.2%) | 88 (11.3%) | 778 |
| Sandnessjøen | 18 (64.3%) | 10 (35.7%) | 7 (25%) | 1 (3.6%) | 3 (10.7%) | 28 |
| St. Olavs | 409 (74%) | 144 (26%) | 61 (11%) | 52 (9.4%) | 34 (6.1%) | 553 |
| Stavanger | 193 (59.4%) | 132 (40.6%) | 83 (25.5%) | 26 (8%) | 82 (25.2%) | 325 |
| Stavern | 338 (80.5%) | 82 (19.5%) | 38 (9%) | 14 (3.3%) | 25 (6%) | 420 |
| UNN-Harstad | 23 (85.2%) | 4 (14.8%) | 3 (11.1%) | 1 (3.7%) | 2 (7.4%) | 27 |
| UNN-Tromsø | 221 (79.2%) | 58 (20.8%) | 20 (7.2%) | 25 (9%) | 17 (6.1%) | 279 |
| Ålesund | 61 (46.2%) | 71 (53.8%) | 48 (36.4%) | 21 (15.9%) | 38 (28.8%) | 132 |
| Total | 2699 (72.3%) | 1033 (27.7%) | 501 (13.4%) | 331 (8.9%) | 415 (11.1%) | 3732 |

Tabell 7: Pasientrapportert behandling i sykehus pr enhet i antall og prosent i parentes.

Her sees noe geografisk sprik i hva pasientene har deltatt på. Man ser f.eks. en variasjon i andel som mottar gruppebehandling, hvilket betyr at det er til dels stor variasjon i hvilken grad enhetene tilbyr gruppebehandling.

Pasientene oppgir også om de har fått oppfølging utenfor sykehus.

| SykehusNavn | Trening hos fysioterapeut | Annen behandling hos fysioterapeut | Manuell terapi | Psykomotorisk fysioterapi | Kiropraktor | Annen behandling | N |
|--------------|------------------------------|---|-------------------|------------------------------|-------------|---------------------|------|
| Drammen | 35 (25.2%) | 19 (13.7%) | 15 (10.8%) | 4 (2.9%) | 13 (9.4%) | 33 (23.7%) | 139 |
| Haukeland | 116 (26.7%) | 58 (13.4%) | 32 (7.4%) | 26 (6%) | 47 (10.8%) | 66 (15.2%) | 434 |
| Kristiansand | 121 (22.6%) | 75 (14%) | 20 (3.7%) | 8 (1.5%) | 55 (10.3%) | 71 (13.3%) | 535 |
| Levanger | 21 (29.6%) | 9 (12.7%) | 2 (2.8%) | 0 (0%) | 5 (7%) | 11 (15.5%) | 71 |
| NLSH | 4 (36.4%) | 2 (18.2%) | 2 (18.2%) | 0 (0%) | 1 (9.1%) | 2 (18.2%) | 11 |
| OUS | 240 (30.8%) | 123 (15.8%) | 88 (11.3%) | 20 (2.6%) | 74 (9.5%) | 120 (15.4%) | 778 |
| Sandnessjøen | 10 (35.7%) | 4 (14.3%) | 2 (7.1%) | 2 (7.1%) | 2 (7.1%) | 1 (3.6%) | 28 |
| St. Olavs | 153 (27.7%) | 71 (12.8%) | 33 (6%) | 9 (1.6%) | 67 (12.1%) | 91 (16.5%) | 553 |
| Stavanger | 132 (40.6%) | 42 (12.9%) | 17 (5.2%) | 7 (2.2%) | 37 (11.4%) | 63 (19.4%) | 325 |
| Stavern | 73 (17.4%) | 52 (12.4%) | 30 (7.1%) | 7 (1.7%) | 44 (10.5%) | 67 (16%) | 420 |
| UNN-Harstad | 9 (33.3%) | 8 (29.6%) | 1 (3.7%) | 2 (7.4%) | 3 (11.1%) | 5 (18.5%) | 27 |
| UNN-Tromsø | 51 (18.3%) | 37 (13.3%) | 37 (13.3%) | 14 (5%) | 24 (8.6%) | 38 (13.6%) | 279 |
| Ålesund | 39 (29.5%) | 16 (12.1%) | 6 (4.5%) | 2 (1.5%) | 16 (12.1%) | 12 (9.1%) | 132 |
| Total | 1004 (26.9%) | 516 (13.8%) | 285 (7.6%) | 101 (2.7%) | 388 (10.4%) | 580 (15.5%) | 3732 |

Tabell 8: Antall pasientrapportert oppfølging utenfor sykehus ved 6 mnd. oppfølging.

Tabellen ovenfor viser at pasientgruppen har et relativt høyt forbruk av helsetjenester utenfor sykehus. Dette ser ut til å være like med foregående år.

Arbeidsstatus

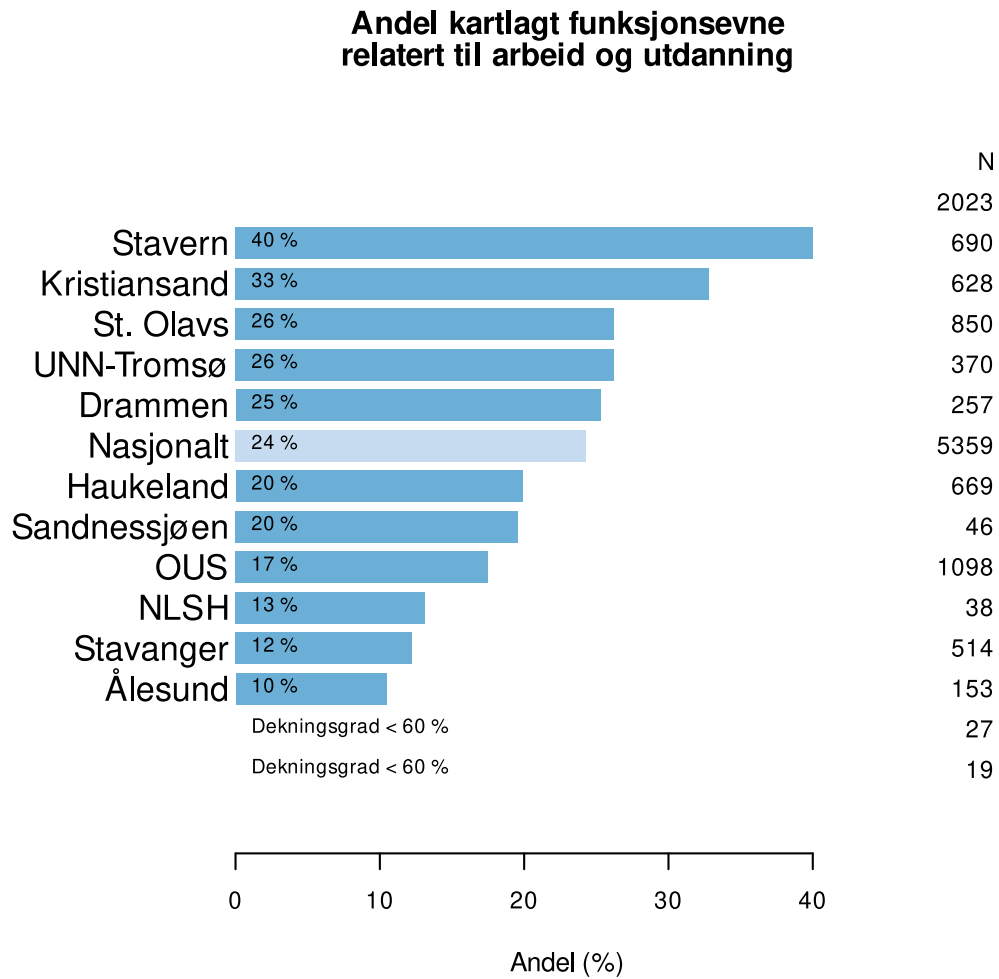
I 2023 var den nasjonale andelen i inntektsgivende arbeid ved første konsultasjon 44,9 %. Når man ser på pasientgruppen som helhet så ser man at en stor del av pasientene ved alle enheter enten er sykemeldte, er på arbeidsavklaringspenger, er uførepensjonister eller er alderspensjonister. Altså mottar en stor del av pasientene en eller annen form for trygdeytelse utover vanlig arbeidsinntekt. Man kan se til dels stor geografisk variasjon i andel pasienter på de forskjellige ytelsene.

| Enhet | I arbeid | Sykemeldt | Hjemmeværende (ulønnet) | Student | Arbeidsledig | Arbeidsavklaringspenger | Permanen t uførepensjon | Alderspensjonist | Ikke besvart | N |
|--------------|--------------|--------------|-------------------------|-------------|--------------|-------------------------|-------------------------|------------------|--------------|-------------|
| Drammen | 50.6% | 41.7% | 1.5% | 2.7% | 2.3% | 6.2% | 4.2% | 5.8% | 0.4% | 259 |
| Haukeland | 53.5% | 42.8% | 1.3% | 5.3% | 1.9% | 5.9% | 3.1% | 2.1% | 1.2% | 677 |
| Kristiansand | 40.5% | 25.0% | 1.9% | 5.4% | 2.1% | 9.8% | 12.2% | 18.0% | 0.6% | 776 |
| Levanger | 31.6% | 15.8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 21.1% | 10.5% | 26.3% | 0.0% | 19 |
| NLSH | 39.0% | 26.8% | 0.0% | 4.9% | 4.9% | 31.7% | 7.3% | 7.3% | 0.0% | 41 |
| OUS | 44.3% | 29.7% | 1.8% | 4.9% | 3.9% | 9.1% | 5.6% | 11.3% | 2.8% | 1193 |
| Sandnessjøen | 45.8% | 37.5% | 2.1% | 0.0% | 4.2% | 22.9% | 8.3% | 2.1% | 2.1% | 48 |
| St. Olavs | 43.4% | 27.0% | 1.2% | 6.2% | 1.8% | 7.9% | 9.6% | 14.7% | 2.1% | 923 |
| Stavanger | 48.6% | 39.9% | 1.0% | 5.4% | 3.7% | 10.8% | 4.6% | 2.3% | 0.4% | 519 |
| Stavern | 40.5% | 28.7% | 2.9% | 3.2% | 4.4% | 8.9% | 8.1% | 13.9% | 2.3% | 753 |
| UNN-Harstad | 37.0% | 66.7% | 3.7% | 0.0% | 3.7% | 7.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 27 |
| UNN-Tromsø | 40.1% | 28.8% | 0.8% | 7.2% | 2.1% | 13.9% | 12.3% | 9.0% | 1.3% | 389 |
| Ålesund | 58.1% | 38.7% | 1.3% | 6.5% | 4.5% | 6.5% | 1.9% | 3.2% | 1.3% | 155 |
| Total | 44.9% | 31.9% | 1.6% | 5.0% | 2.9% | 9.1% | 7.4% | 10.5% | 1.6% | 5779 |

Tabell 9: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig.

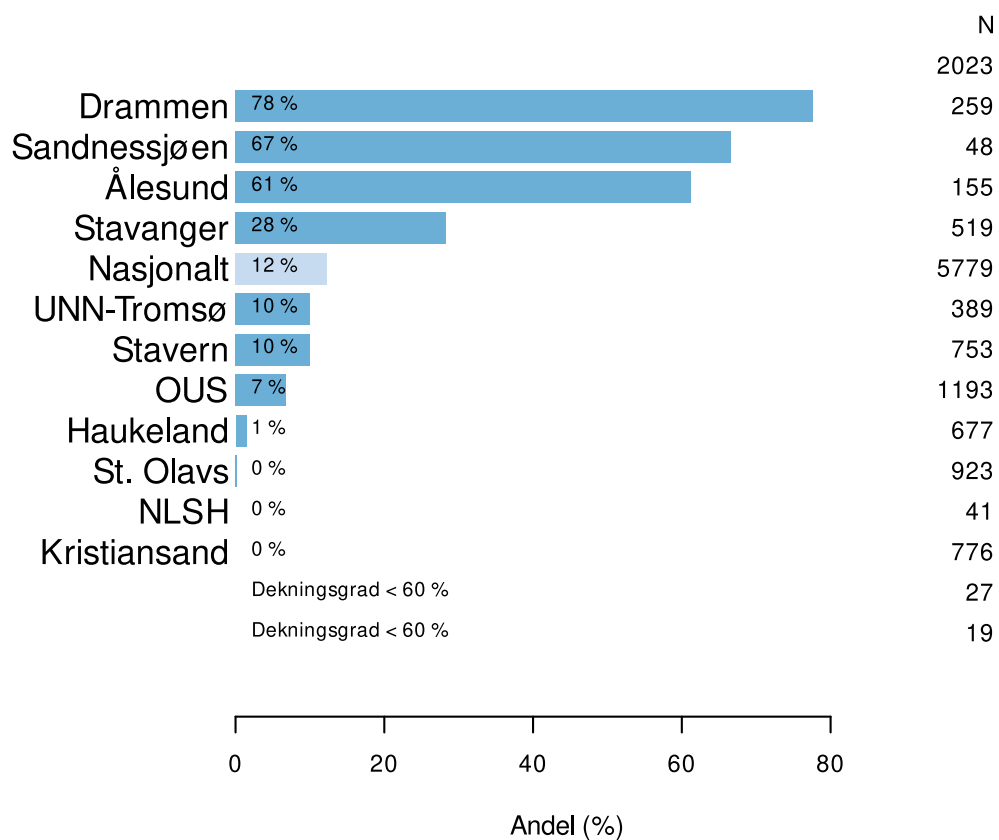
Det er i tillegg kartlagt arbeidsstatus blant de som fyller ut oppfølgingskjema både ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd. Det vil være positivt for den enkelte pasient og gunstig for samfunnet dersom pasientene klarer å gjenoppta arbeid, helt eller delvis. Kvalitetsindikator 6 ser på andel som kommer tilbake i full jobb, men man har også gjort en lik analyse der man ser på andel som er tilbake i full jobb eller med lavere grad av sykemelding ved 6 mnd.

Videre kan man se på andel der man har kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning, samt andel som er utredet ved et HelseArbeid-tilbud:



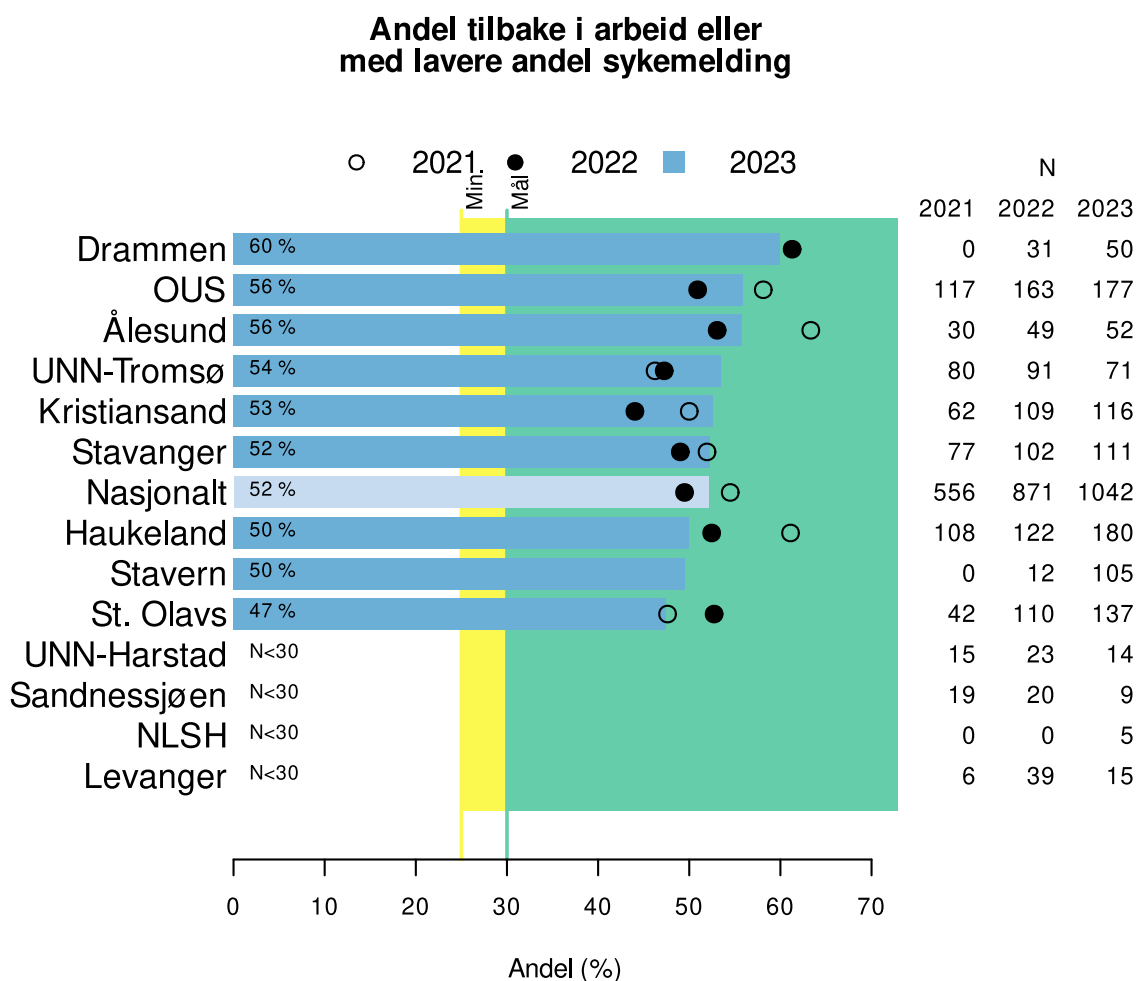
Figur 28: Andel der funksjonsevne relatert til arbeid og/eller utdanning er kartlagt - fordelt på enheter

Andel utredet ved Helse i Arbeid



Figur 29: Andel som utredes ved et HelseArbeid-tilbud - fordelt på enheter

Kvalitetsindikator 6 viser hvor mange som kommer fullt tilbake til jobb, men man har også sett på andel som kommer tilbake fullt eller i en lavere sykemeldingsgrad:



Figur 30: Andel tilbake i arbeid eller med lavere grad av sykemelding etter 6 mnd. Gul og grønn farge er lik med måltall for kvalitetsindikator 6 «Andel tilbake i jobb».

Jevnt over er det 5-10 % høyere andel som kommer i noen grad av jobb sammenlignet med bare de som kommer tilbake til full jobb. Delvis arbeidsrettet aktivitet vil alltså være bedre enn ingen arbeidsrettet aktivitet. Retningslinjene anbefaler å vurdere gradert sykemelding for pasientgruppen.

Diagnosefordeling

| Diagnose | Antall |
|--|--------|
| M545: Lumbago | 3221 |
| M542: Smerte i nakke | 1181 |
| M511: Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*) | 542 |
| M480: Spinal stenose | 249 |
| M546: Ryggsmerte i torakaldelene | 162 |
| M501: Lidelse i cervikalskive, med radikulopati | 105 |
| M472: Annen spondylose med radikulopati | 89 |
| M431: Spondylolistese | 49 |
| M419: Uspesifisert skoliose | 28 |
| M418: Andre spesifiserte former for skoliose | 22 |
| M510: Lid. i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, m. myelopati | 15 |
| S220: Brudd i torakalvirvel | 9 |
| M500: Lidelse i cervikalskive, med myelopati | 8 |
| M544: Lumbago med isjialgi | 8 |
| M791: Myalgi | 8 |
| M45: Ankyloserende spondylitt | 7 |
| S320: Brudd i lumbalvirvel | 6 |
| M430: Spondylolyse | 4 |
| M797: Fibromyalgi | 4 |
| M461: Sakroiliitt, ikke klassifisert annet sted | 3 |

Tabell 10: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser.

Det framkommer fra tall fra 2023 at hovedandelen av pasientene har uspesifikke nakke og ryggdiagnoser som første innlagte diagnose. Man kan ikke med sikkerhet si om dette er pasientens hoveddiagnose, men man vet at det er den første diagnosen helsepersonellet har lagt inn i behandlerkjemaet. Det ble i 2023 gjort en teknisk endring i behandlerkjemaet som nå ber behandler legge inn en nakke- eller ryggrelatert diagnose som første diagnose, og deretter kommer det opp et nytt valg i skjemaet der man kan legge inn andre diagnoser.

De vanligste diagnosene er M54.5 *Lumbago* og M54.2 *Smerte i nakke*, og tilsammen utgjør disse to diagnosene hele 76 %. En del av pasientene har diagnoser knyttet til degenerative forandringer. Svært få pasienter har spesifikke diagnoser som krever oppfølging av andre spesialister, noe som har vært stabilt sammenlignet med tidligere år. Likevel ser man at den tredje vanligste diagnosen er M51.1 *Lidelse i lumbalskive/mellomvirvelskive med radikulopati*. Disse utgjør 7,2 % av pasientene. Det er ikke gjort noen analyser om i hvilken grad disse er henvist direkte fra fastlege er henvist fra annen sykehusavdeling (eksempelvis fra nevrokirurg med anbefaling om konservative oppfølging).

Behandlingstiltak - en prosess

Pasientene ved N/R-poliklinikkene har sammensatte problemstillinger og det kan derfor være nødvendig med tverrfaglig tilnærming. Det kartlegges også andel som allerede ved første konsultasjon er utredet av to eller flere faggrupper.

| År | Enhet | Antall | N | Andel (%) |
|------|---------------|------------|-------------|-------------|
| 2023 | Drammen | 8 | 259 | 3,1 |
| | Haukeland | 395 | 680 | 58,1 |
| | Kristiansand | 0 | 777 | 0,0 |
| | Levanger | 5 | 19 | 26,3 |
| | NLSH | 0 | 41 | 0,0 |
| | OUS | 17 | 1267 | 1,3 |
| | Sandnessjøen | 37 | 48 | 77,1 |
| | St. Olavs | 35 | 925 | 3,8 |
| | Stavanger | 22 | 523 | 4,2 |
| | Stavern | 17 | 754 | 2,3 |
| | UNN-Harstad | 8 | 28 | 28,6 |
| | UNN-Tromsø | 40 | 389 | 10,3 |
| | Ålesund | 97 | 158 | 61,4 |
| | Totalt | 681 | 5868 | 11,6 |

Tabell 11: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet

Man har oppdaget en feil i årsrapporten for 2022 der det så ut som nesten ikke noen pasienter møtte to eller flere faggrupper ved første konsultasjon. Det ble gjort en endring i variabelnavn i januar 2022, og dermed ble tabellen for 2022 «falsk negativ». I 2023 ser man derimot at 11,6% møter to eller flere faggrupper ved første konsultasjon, samt at det er enorm geografisk variasjon i andelen.

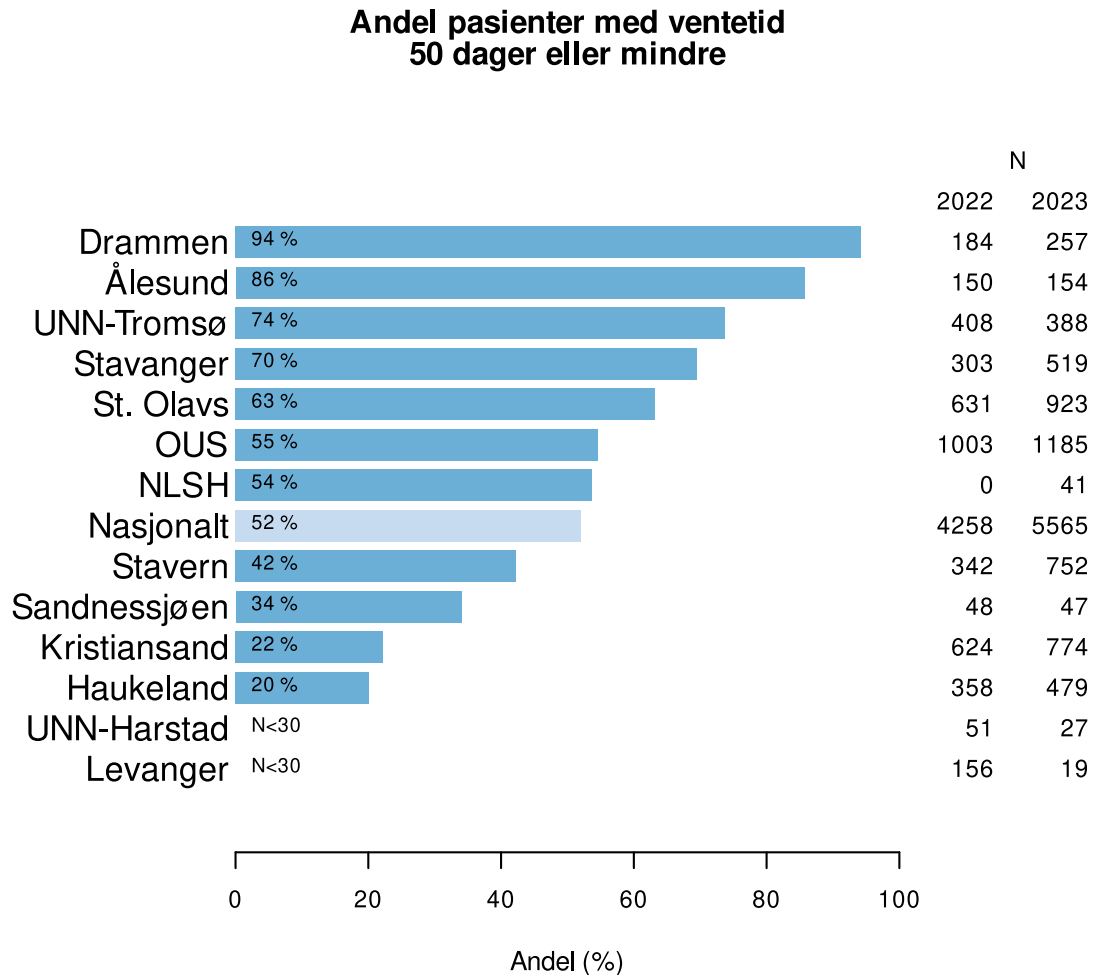
| Enhet | Lege | Fysioterapeut | Sykepleier | Psykolog | Sosionom | Andre | N |
|--------------|-------------|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Drammen | 31 | 236 | 0 | 0 | 0 | 0 | 259 |
| Haukeland | 351 | 588 | 200 | 7 | 0 | 1 | 680 |
| Kristiansand | 532 | 245 | 0 | 0 | 0 | 0 | 777 |
| Levanger | 19 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| NLSH | 17 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 |
| OUS | 1267 | 17 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1267 |
| Sandnessjøen | 40 | 43 | 3 | 1 | 11 | 13 | 48 |
| St. Olavs | 525 | 435 | 0 | 0 | 2 | 0 | 925 |
| Stavanger | 523 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 523 |
| Stavern | 297 | 474 | 0 | 0 | 0 | 0 | 754 |
| UNN-Harstad | 9 | 25 | 0 | 0 | 0 | 3 | 28 |
| UNN-Tromsø | 77 | 344 | 0 | 6 | 0 | 5 | 389 |
| Ålesund | 140 | 101 | 0 | 0 | 0 | 14 | 158 |
| Sum | 3828 | 2558 | 203 | 14 | 14 | 36 | 5868 |

Tabell 12: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene

Ved å se på tallene kan man også spore en forskjell i hvilket helsepersonell møter pasienten første gang ved en enhet. For eksempel ser man at tilnærmet 100 % av pasientene ved OUS møter kun en lege ved første konsultasjon, mens ved UNN Tromsø møter ca 88 % en fysioterapeut ved første konsultasjon og det brede flertallet møter kun en fysioterapeut ved første konsultasjon. Det er med andre ord til dels stor geografiske variasjon i hvordan man organiserer det første møtet med pasienten.

Ventetid

Spesialisthelsetjenesten i Norge har som mål å tilby utredning innen 50 dager. Det er derfor interessant å se er hvor stor andel pasienter får et tilbud innen 50 dager.



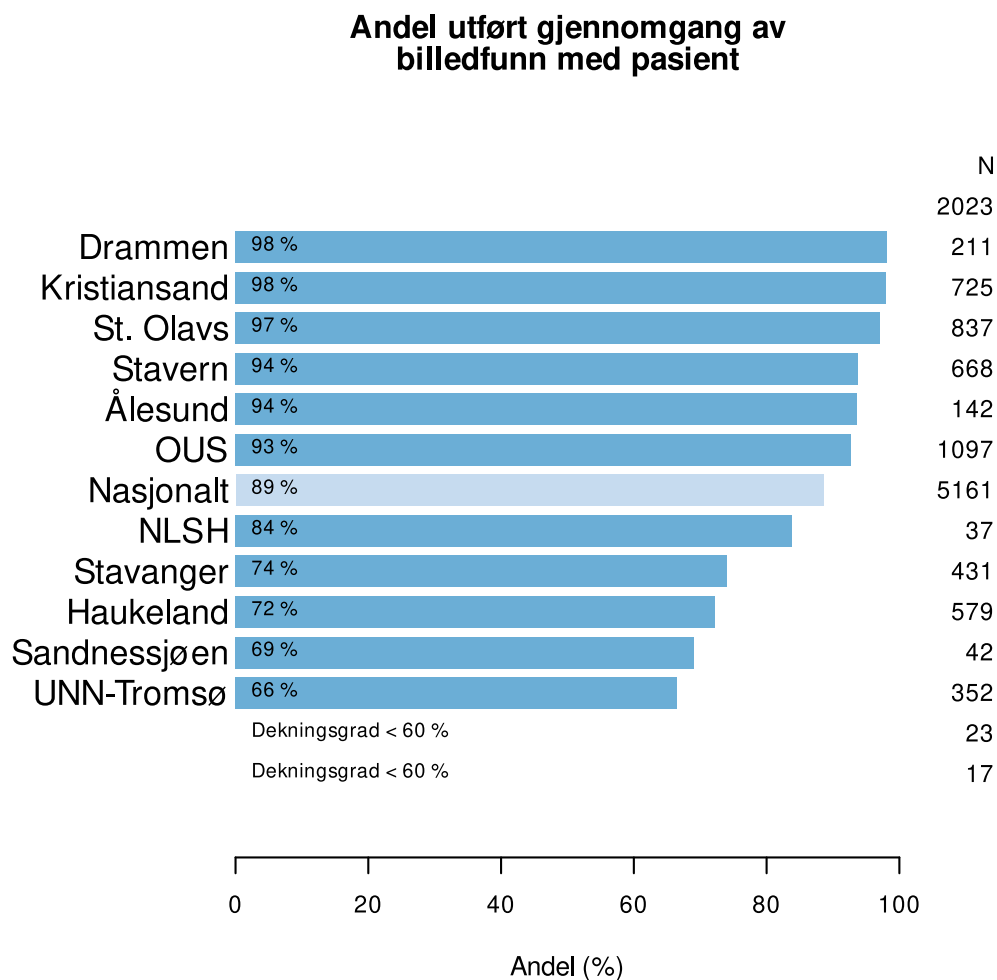
Figur 31: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter

Man ser her at nasjonalt mottar 52 % et tilbud innen fristen på 50 dager. Det er stor geografisk variasjon mellom enhetene her.

Innhold i første konsultasjon

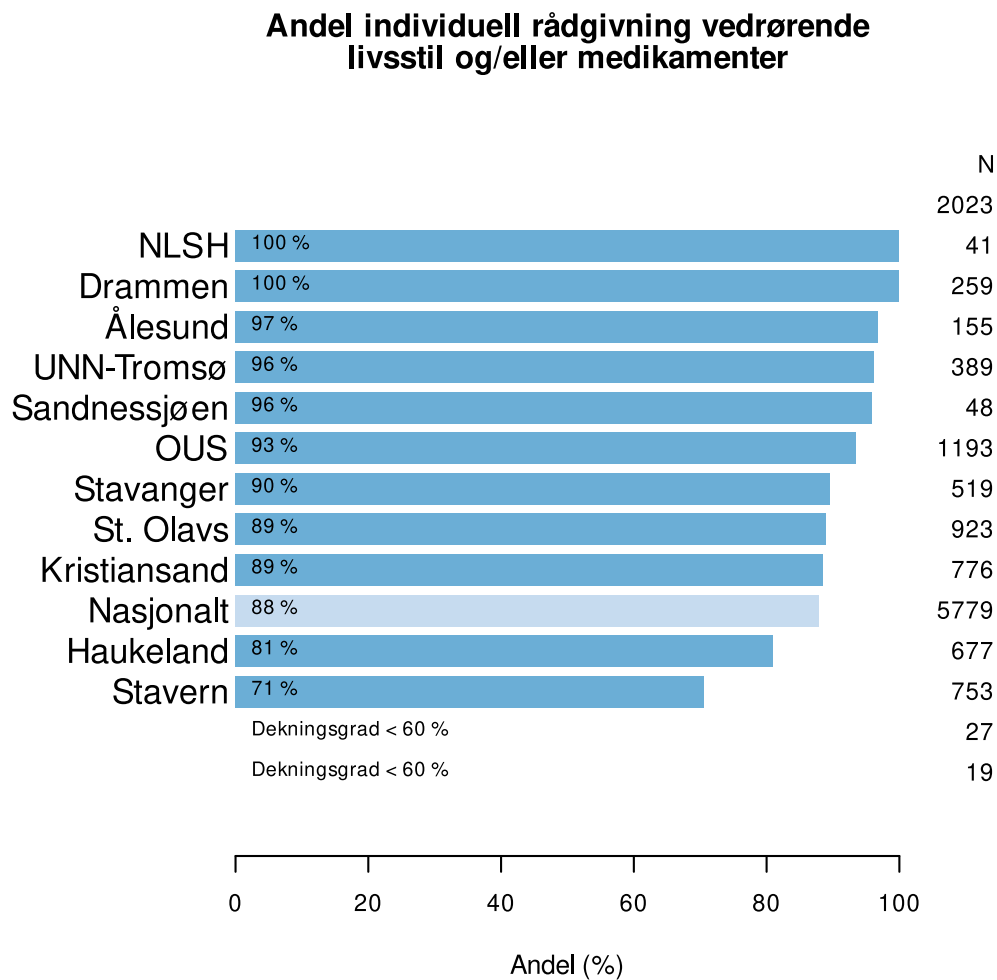
Nasjonal veileder anbefaler at spesialisthelsetjenesten tilbyr flere elementer, både utredning og behandlingstiltak, i møte med ryggpasienten [16]. Hvilke elementer som blir inkludert allerede i første konsultasjon er derfor interessant. En av disse variablene er blitt implementert som ny kvalitetsindikator på prosess (se kap. 2.1, KI 9). Andre anbefalte elementer som kartlegges fra første konsultasjon som kan bidra til utredning, trygging og behandlingstiltak presenteres her:

Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasientene:



Figur 32: Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasienten - fordelt på enheter

Andel der man gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter:



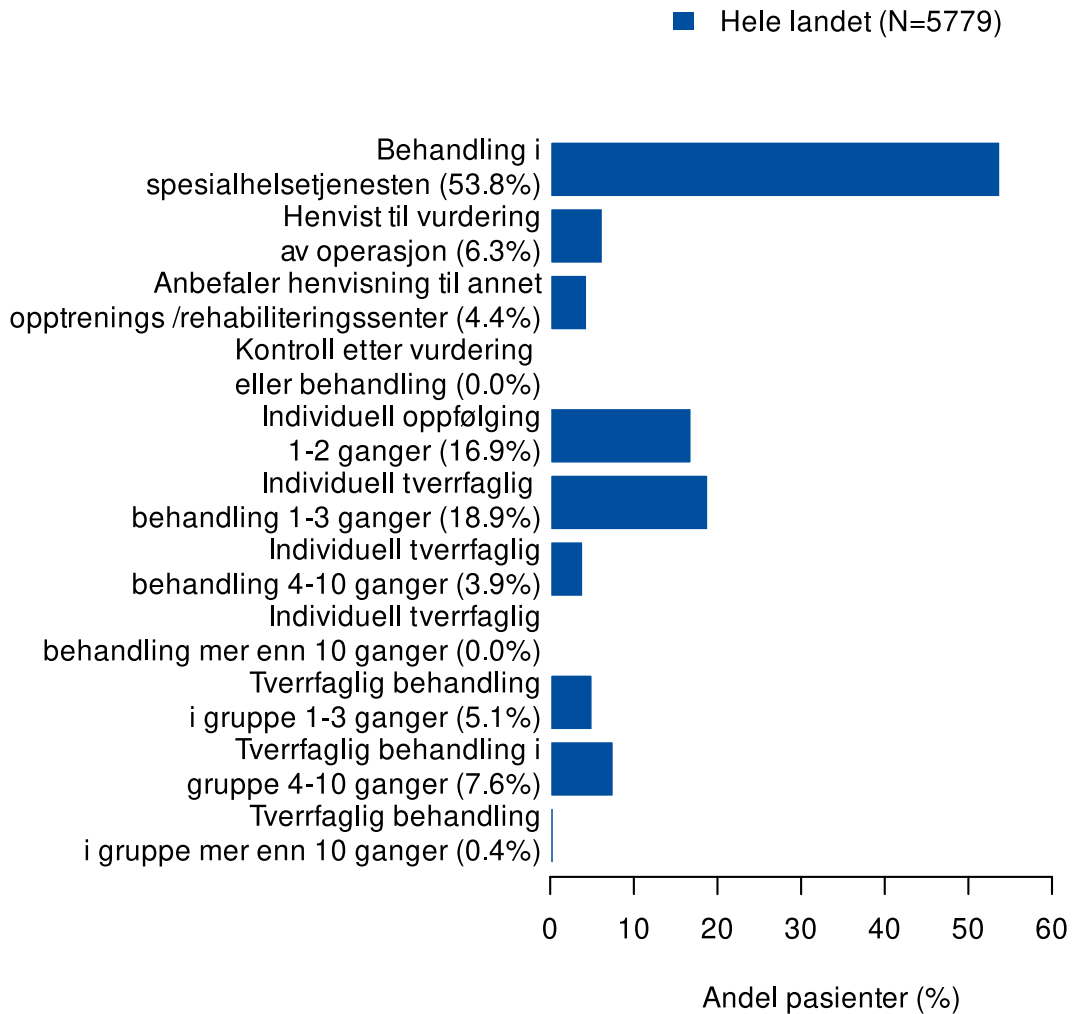
Figur 33: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter

Behandlingsløype anbefalt etter første konsultasjon – behandlerrapportert

53,8 % av pasientene anbefales oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Hver pasient kan få flere behandlingstiltak.

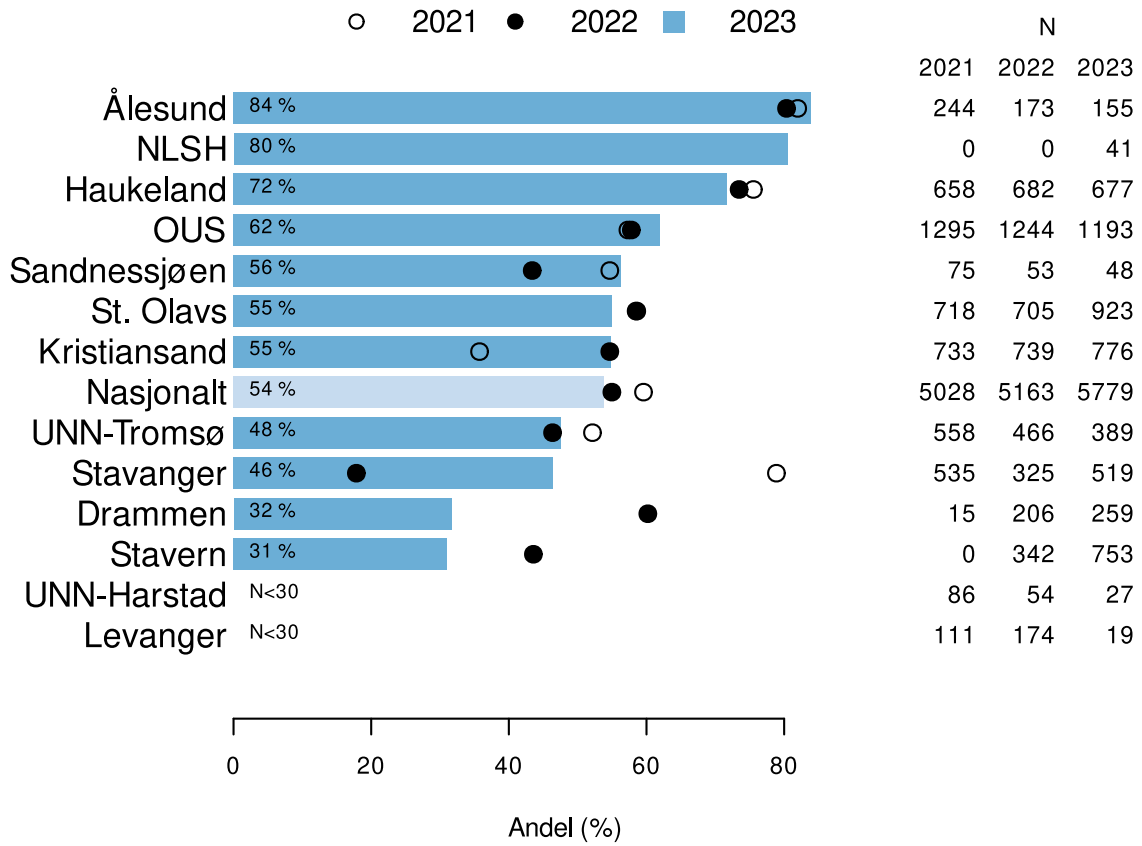
Besoksdato: 2023-01-02 til 2023-12-28

Behandling i spesialisthelsetjenesten



Figur 34: Andelen pasienter som mottar de ulike behandlingalternativene i spesialisthelsetjenesten

Andel behandlet i spesialisthelsetjenesten



Figur 35: Andelen pasienter henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten -fordelt på enheter

| Enhet | Beh. i spes. helse.tj | Henv. til vurd. av oper. | Anb. | Ind. oppf. 1-2gg. | Ind. tverrf. beh. 1-3gg. | Ind. tverrf. beh. 4-10gg. | Ind. tverrf. beh. >10gg. | Tverrf. beh. gruppe 1-3gg. | Tverrf. beh. gruppe 4-10gg. | Tverrf. beh. gruppe >10gg. | N |
|--------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | | | henv. til annet opptr. /rehab. | | | | | | | | |
| Drammen | 31.7% | 0.0% | 0.0% | 20.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 0.0% | 0.0% | 259 |
| Haukeland | 71.6% | 1.6% | 9.3% | 28.2% | 35.0% | 2.1% | 0.0% | 0.3% | 25.0% | 0.1% | 677 |
| Kristiansand | 54.9% | 15.2% | 3.1% | 13.7% | 21.9% | 1.4% | 0.0% | 25.4% | 0.3% | 0.0% | 776 |
| Levanger | 31.6% | 5.3% | 0.0% | 10.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 15.8% | 0.0% | 19 |
| NLSH | 80.5% | 0.0% | 0.0% | 34.1% | 24.4% | 2.4% | 0.0% | 0.0% | 2.4% | 0.0% | 41 |
| OUS | 61.9% | 6.7% | 1.5% | 14.8% | 20.6% | 9.3% | 0.0% | 2.0% | 8.7% | 1.8% | 1193 |
| Sandnessjøen | 56.2% | 2.1% | 0.0% | 16.7% | 4.2% | 0.0% | 0.0% | 4.2% | 31.2% | 0.0% | 48 |
| St. Olavs | 55.0% | 10.6% | 12.1% | 17.4% | 14.1% | 0.5% | 0.0% | 0.4% | 8.3% | 0.1% | 923 |
| Stavanger | 46.4% | 1.3% | 0.8% | 14.6% | 32.8% | 4.6% | 0.0% | 1.5% | 1.0% | 0.0% | 519 |
| Stavern | 31.1% | 4.4% | 0.1% | 13.9% | 8.9% | 0.7% | 0.0% | 5.0% | 0.0% | 0.0% | 753 |
| UNN-Harstad | 51.9% | 3.7% | 0.0% | 48.1% | 37.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 29.6% | 0.0% | 27 |
| UNN-Tromsø | 47.6% | 3.3% | 7.5% | 13.9% | 3.3% | 0.8% | 0.0% | 4.4% | 13.6% | 0.3% | 389 |
| Ålesund | 83.9% | 0.6% | 2.6% | 11.0% | 23.9% | 34.8% | 1.3% | 0.0% | 1.3% | 0.0% | 155 |
| Total | 54.9% | 6.3% | 4.3% | 16.7% | 19.0% | 4.1% | 0.0% | 5.0% | 7.6% | 0.4% | 5779 |

Tabell 13: Antall anbefalt forskjellige behandlinger i spesialisthelsetjenestens ulike tilbud pr enhet. Flere kryss er mulig.

Ut fra tabellen sees det til dels stort geografisk sprik i anbefalte behandlingstyper. Man ser stor variasjon i både andel som i det hele tatt tilbys noen form videre behandling i spesialisthelsetjenesten, samt i andeler som tilbys forskjellige individuelle tilbud eller gruppetilbud. Man vet ikke årsak til disse geografiske forskjellene; men årsaker kan være relatert til forskjellige ressurser, forskjellig pasientmasse, etc. Man har sett like store geografiske variasjoner i tidligere år også. Nærmere analyser vedrørende de geografiske forskjellene bør undersøkes nærmere ettersom man tilstreber et likt tilbud til alle pasienter på landsbasis.

| Enhet | Trening/ aktiv- isering | Arbeids- messig oppfølging | Kognitiv tilnærming | Under- visning | Psykomotorisk behandling | N |
|--------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------|
| Drammen | 4.6% | 11.6% | 76.4% | 21.6% | 0.0% | 259 |
| Haukeland | 58.8% | 37.8% | 42.4% | 30.4% | 1.6% | 677 |
| Kristiansand | 33.4% | 4.4% | 33.2% | 33.8% | 0.0% | 776 |
| Levanger | 15.8% | 5.3% | 10.5% | 10.5% | 10.5% | 19 |
| NLSH | 22.0% | 14.6% | 68.3% | 61.0% | 2.4% | 41 |
| OUS | 50.0% | 9.7% | 33.3% | 19.9% | 2.4% | 1193 |
| Sandnessjøen | 45.8% | 35.4% | 37.5% | 33.3% | 2.1% | 48 |
| St. Olavs | 44.0% | 16.9% | 30.0% | 28.2% | 0.2% | 923 |
| Stavanger | 52.6% | 27.7% | 25.0% | 22.0% | 1.0% | 519 |
| Stavern | 5.3% | 1.1% | 17.5% | 20.1% | 0.1% | 753 |
| UNN-Harstad | 70.4% | 33.3% | 33.3% | 40.7% | 0.0% | 27 |
| UNN-Tromsø | 36.8% | 20.3% | 31.6% | 21.1% | 4.9% | 389 |
| Ålesund | 73.5% | 46.5% | 60.6% | 19.4% | 2.6% | 155 |
| Total | 39.9% | 16.0% | 34.0% | 25.1% | 1.3% | 5779 |

Tabell 14: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig.

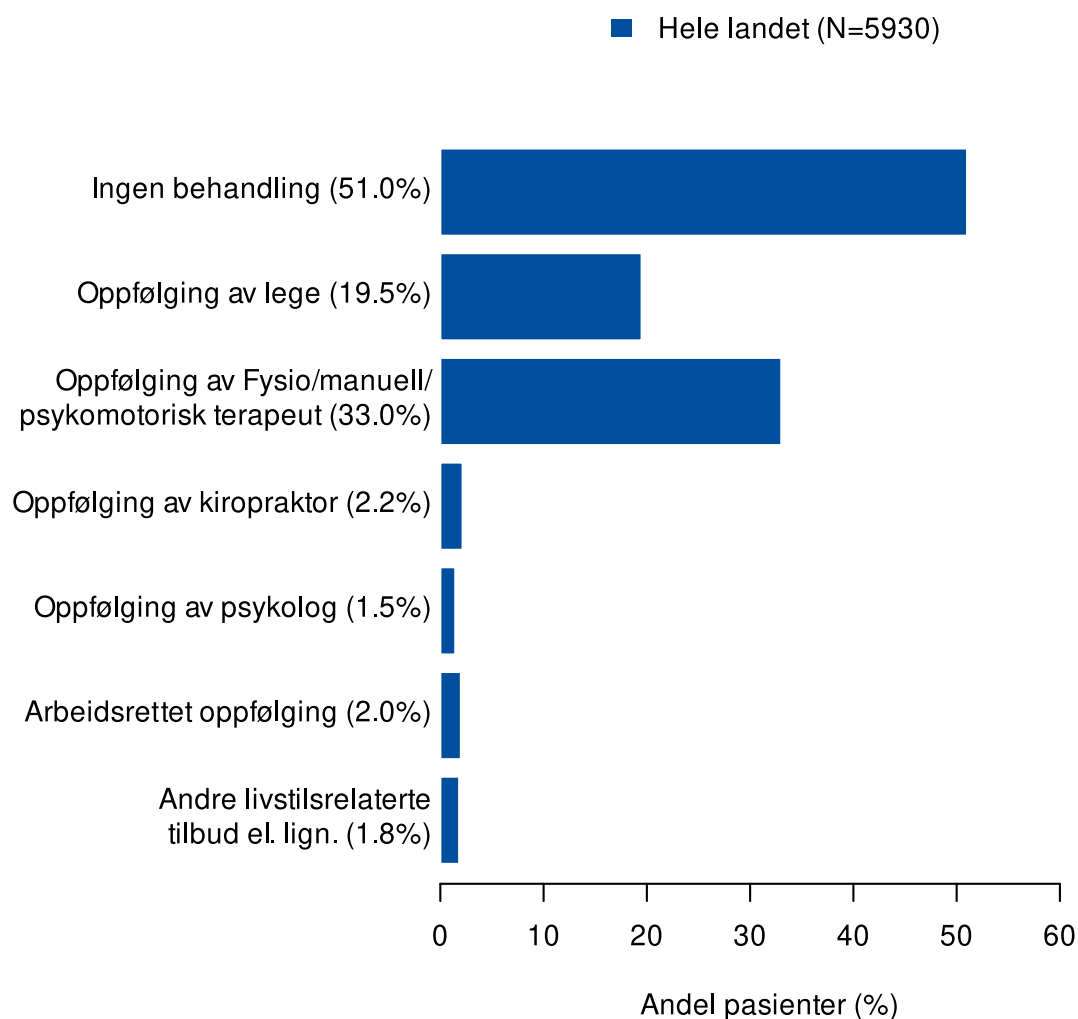
OUS, Kristiansand og Stavern skiller seg ut med at de i liten grad har arbeidsmessig oppfølging i behandlingen. Samtidig kan man se av figur 30 at Stavern og Kristiansand har høyest andel som kartlegges i forhold til arbeidsevne. Grad av arbeidsmessig oppfølging i en eller annen form vil være interessant å analysere videre i framtiden ettersom flere enheter anbefaler eksempelvis HelseArbeid-tilbud.

Det er også store variasjon i andre anbefalinger om trening/aktivisering, samt i anbefaling om kognitiv tilnærming. Variasjon i anbefaling om trening/aktivisering og kognitiv tilnærming er interessant ettersom nasjonale retningslinjer anbefaler dette som innhold i behandling. Her er det mulig at det ikke rapporteres likt mellom enhetene, og at de reelle forskjellene er mindre. En nærmere kartlegging av innholdet i de respektive enhetenes behandlingstilbud vil kunne gi mer svar på dette.

Noen pasienter blir anbefalt oppfølging utenfor sykehus. Dette kan komme i tillegg til tiltak i spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter følges i noen grad videre av egen fastlege, men det krysses bare av for oppfølging av lege dersom konkrete tiltak som f.eks. medikamentell smertelindring eller administrasjon av sykemelding anbefales. Man kan ikke via dagens spørreskjema kartlegge innholdet i eksempelvis anbefalingen om oppfølging av lege eller oppfølging av fysioterapeut. Innholdet i slike oppfølginger av lege eller annet helsepersonell dokumenteres enten i pasientjournal eller kommuniseres muntlig til pasient direkte.

Besoksdato: 2023-01-02 til 2023-12-28

Behandling i kommunalhelsetjenesten



Figur 36: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus. Flere kryss er mulig.

| SykehusNavn | Ingen beh. | Lege | Fysio/ manuell/ psykomo torisk terapeut | Kiroprak tor | Psykolog | Arbeids- rettet opp- følging | Andre livsstils- relaterte tilbud o.l. | N |
|--------------|--------------|--------------|---|-----------------|-------------|---------------------------------------|--|-------------|
| Drammen | 42.9% | 0.4% | 49.0% | 2.7% | 1.9% | 0.8% | 2.7% | 259 |
| Haukeland | 53.6% | 18.4% | 26.3% | 2.1% | 3.3% | 1.9% | 0.3% | 722 |
| Kristiansand | 56.5% | 20.5% | 26.0% | 1.5% | 0.4% | 0.0% | 1.2% | 777 |
| Levanger | 68.4% | 15.8% | 21.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 19 |
| NLSH | 2.4% | 73.2% | 61.0% | 2.4% | 4.9% | 7.3% | 9.8% | 41 |
| OUS | 29.4% | 31.8% | 54.1% | 3.8% | 2.1% | 1.1% | 0.6% | 1278 |
| Sandnessjøen | 16.7% | 45.8% | 54.2% | 8.3% | 2.1% | 8.3% | 0.0% | 48 |
| St. Olavs | 49.1% | 16.4% | 37.2% | 1.3% | 1.0% | 1.3% | 3.4% | 925 |
| Stavanger | 66.5% | 15.5% | 15.5% | 1.1% | 0.4% | 8.2% | 5.9% | 523 |
| Stavern | 88.6% | 2.9% | 6.2% | 0.7% | 0.5% | 0.4% | 0.9% | 763 |
| UNN-Harstad | 17.9% | 57.1% | 64.3% | 10.7% | 3.6% | 25.0% | 0.0% | 28 |
| UNN-Tromsø | 42.7% | 16.7% | 39.1% | 2.3% | 1.3% | 1.8% | 2.1% | 389 |
| Ålesund | 25.9% | 41.1% | 31.6% | 3.2% | 1.9% | 5.7% | 0.6% | 158 |
| Total | 51.0% | 19.5% | 33.0% | 2.2% | 1.5% | 2.0% | 1.8% | 5930 |

Tabell 15: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig.

Halvparten av pasientene anbefales ikke videre oppfølging utenfor sykehus, men her er det til dels store geografiske forskjeller. Dette samsvarer med tidligere år. At omlag halvparten ikke anbefales videre oppfølging utenfor sykehus kan forklares med at det noen ganger kan være hensiktsmessig å redusere/stoppe overforbruk av helsetjenester. Dette gjelder særlig pasienter med langvarig forløp som har forsøkt mye behandling uten at de opplever effekt.

Det er påfallende at svært få pasienter anbefales psykolog (1,5 %), spesielt når man vet fra datagrunnlaget at pasientene ofte har forhøyet psykisk symptomtrykk. Flere enheter har dog tilgjengelig psykologressurser i egen enhet. Her er bør man gjennomgå enhetenes behandlingstilbud for å kartlegge bruken av psykolog bedre.

DEL 2

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

| | |
|---|--|
| Bakgrunn for registeret | <p>Muskel- og skjelettlidelser er svært vanlige i befolkningen i verden [26] og den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Nest etter psykiske lidelser er muskel- og skjelettplager den vanligste årsaken til uførhet. Sykdomsbyrdestudier i Norge har vist at korsrygg- og nakkesmerter er den største enkeltstående årsaken til ikke-dødelig helsetap [27].</p> <p>De fleste pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten. I nasjonale kliniske retningslinjer [16] anbefales henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning dersom pasienten ikke har gjenopptatt vanlige aktiviteter eller kommet tilbake i arbeid etter ca. 4-6 uker. Her skal videre tverrfaglig behandling vurderes, særlig ved dårlig prognose (gule flagg).</p> <p>Norsk nakke og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt register for pasienter med nakke- og/eller ryggplager som utredes ved de tverrfaglige fysikalskmedisinske poliklinikkene ved norske sykehus. Utvidet bakgrunn og faglig grunnlag for registeret finner man via NNRRs nettside: www.nakkeryggereg.no</p> |
| Type register | Samtykkebasert nasjonalt medisinsk tjenesteregister |
| Årstall etablert | 2011. Pilot for registrering i 2014. |
| Årstall nasjonal godkjenning | 2011 |
| Årstall for start av datainnsamling | Første registreringsår er 2015. |
| Registerets formål | <p>Formålet med registeret er å bedre kvaliteten på pasienttilbudet ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene. Kunnskap hentet fra registeret brukes til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gi innsikt i pasientgruppen som helhet og innblikk i tilbudet ved de enkelte enheter samt på nasjonalt nivå. - Framskaffe kunnskap om hva som påvirker forløpet, og bidra til at pasienter kanaliseres til de rette behandlingstilbudene. - Bidra til en evaluering av strukturen i tjenestetilbudet, karakteristika ved behandlingsprosessene og resultatene etter behandling. - Gi beslutningsgrunnlag for offentlige myndigheter på nasjonalt og lokalt nivå. <p>Registeret vil etter analyse av data og definere kvalitetsindikatorer bidra til iverksetting av forbedringsprosjekter.</p> |
| Analyser som belyser registerets formål | <p>Kartlegging av pasientkarakteristika gir indikasjon om de rette pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering. For 2023 foreligger det data for 9 kvalitetsindikatorer med spesifiserte måltall. Det er to prosessindikatorer og syv resultatindikatorer. Prosessindikatorer belyser på enhetsnivå forskjell i tilbudt behandling ved enhetene. Resultatindikatorer viser også variasjon i hvordan det går med pasientene etter utredning/behandling ved hver enhet – men det er ikke gjort noen nærmere analyser i forhold til om enhetene har forskjeller i pasientpopulasjon i utgangspunktet som kan forklare variasjon i resultater. NNRR innhenter pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål. Alle innhentede data publiseres på enhetsnivå gjennom kvartalsrapporter til hver enkelt</p> |

| | |
|--|---|
| | enhet, samt på enhetsnivå via årsrapport og på interaktiv resultatportal. |
| Juridisk hjemmelsgrunnlag | <p>Behandlingsgrunnlag for registeret er i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e (allmenn interesse) og forskrift om medisinske kvalitetsregistre.</p> <p>Opplysninger i registeret skal være tilgjengelig for alle som ønsker å bruke opplysninger innenfor registerets formål så lenge nødvendige tillatelser og kriterier er oppfylt. Dataansvarlig har også plikt til å utarbeide og offentliggjøre statistikk, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 4-3.</p> <p>DPIA er utarbeidet av dataansvarlig for det nasjonale registeret. Registeret er tildelt nasjonal status av Helseledningsdirektoratet, noe som medfører plikt for aktuelle virksomheter og helsepersonell til å melde inn relevante og nødvendige opplysninger til registeret, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 2-3 andre ledd. Innmeldingen er basert på den registrertes samtykke, jf. § 2-3 tredje ledd.</p> |
| Databehandler | Norsk Helsenett, HEMIT, SKDE |
| Dataansvarlig | Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord RHF |
| Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon | <p>Faglig leder Maja Wilhelmsen, maja.wilhelmsen@unn.no</p> <p>Daglig leder Kjetil Magne Samuelsen, kjetil.magne.samuelsen@unn.no</p> <p>Registersekretær Elin Golde, nakkerygg@unn.no</p> |
| Fagrådets medlemmer i 2023 | <p>Christoph Schäfer, Overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord</p> <p>Nora Jurikova, Overlege, St.Olavs Hospital HF, Helse Midt</p> <p>Kristina Milosevic, Konstituert overlege, Møre og Romsdal HF, Helse Midt</p> <p>Ståle Mathiassen, Overlege, Helse Stavanger HF, Helse Vest</p> <p>Tonje Wåle Flørenes, Overlege, Ph.D, Helse Bergen HF, Helse Vest</p> <p>Kjersti Myhre, Overlege, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst, Fagrådsleder</p> <p>John Bjørneboe, Lege i spesialisering, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst</p> <p>Jens Ivar Brox, Seksjonsoverlege, Professor, Oslo Universitetssykehus HF, forskningsansvarlig</p> <p>Thor Einar Holmgard, Ryggforeningen i Norge, brukerrepresentant</p> |
| Aktivitet i fagrådet | <p>Fagrådet hadde i 2023 5 nettbaserte møter, samt løpende kontakt via epost.</p> <p>Prioriterte oppgaver 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revidering og gjennomgang av ny kravspesifikasjon til oppdragsgiver for oppgradering av registeret. • Gjennomgang av søknader om utlevering av data • Deler av fagrådet har vært involvert i utarbeiding av kohort- |

| | |
|--|--|
| | <p>artikkel om NNRR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeiding av årsrapport • Planlegge fagdag, både tema og forelesere. |
| Inklusjonskriterier | Pasienter henvist grunnet nakke og/eller ryggproblematikk til tverrfaglige poliklinikker i sykehus tilknyttet fysikalsk medisinsk miljø. |
| Metode for datafangst | <ul style="list-style-type: none"> • Pasientskjema før behandling (fra 2015, helelektronisk fra oktober 2020) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasientrapporterte data innhentes 16 (2) dager før konsultasjon på sykehus. Sendes til alle pasienter som er vurdert som aktuelle for inklusjon i NNRR via HelseNorge. ○ Samtykke leveres elektronisk samtidig, og det er ikke mulig å levere pasientrapporterte data uten å samtidig levere inn samtykke. ○ Det er mulig å levere inn pasientrapporterte data og samtykke på papirskjema ved oppmøte på sykehuset, og merkantilt personell må da manuelt punche inn svar fra papirskjema i den elektroniske løsningen. Dette skjer i svært liten grad. • Pasientskjema ved oppfølging sendes ut etter 6 måneder fra besøksdato ved sykehuset (fra 2015, helelektronisk fra oktober 2020) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasientrapporterte data innhentes 6 måneder (pluss potensielt 30 dager som pasient har til rådighet for å fylle ut skjemaet) etter konsultasjon ved sykehuset • Pasientskjema ved oppfølging sendes ut etter 12 måneder fra besøksdato ved sykehuset (kun helelektronisk fra oktober 2020) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasientrapporterte data innhentes 12 måneder (pluss potensielt 30 dager som pasient har til rådighet for å fylle ut skjemaet) etter konsultasjon ved sykehuset • Behandlerskjema (fra 2015) <ul style="list-style-type: none"> ○ Registreres av helsepersonell som gjennomfører utrednings-konsultasjonen/konsultasjonene med pasienten. Fylles fortrinnsvis ut rett etter konsultasjonen ved sykehuset. |
| Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start | <p>Medisinsk registersystem (MRS) via Norsk helsenett: https://mrs.nhn.no/</p> <p>Fra 2015, med overgang til helelektronisk løsning oktober 2020 da alle skjema ble innhentet digitalt.</p> |
| Metadata | Pågående metadata-prosjekt. Metadata er planlagt publisert på helsedata.no i 2024. Metadata er publisert på registerets nettsider i |

| | |
|-------------------------|--|
| | kodebok. |
| Innsynsløsning | Registeret har innsynsløsning via HelseNorge. Løsningen ble etablert i 2022. |
| Antall pasienter | 5797 |
| Totalt antall pasienter | 28298 |
| Stadium og nivå | Stadium 3A |

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Registeret hentet i 2023 data fra 13 av 16 tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker hvor alle de fire helseregioner var representert.

Totalt har **6265** pasienter ferdigstilt et pasientskjema i MRS-systemet i 2023 (årsak til diskrepans med tall i tabell 17 er at det eksisterer pasienter som har levert pasientskjema, men som av ulike grunner ikke har fått ferdigstilt et behandlerskjema), som er en økning fra 5212 i 2022. Totalt sett er det pr. 31.desember 2023 registrert **28298** pasienter og **82066 skjemaer** i Norsk Nakke og Ryggregister (enkelte pasienter har flere forløp i registeret). Se tabell 17 i kap. 4.2.2 for tabell med dekningsgrad og antall aktuelle pasienter på enhetsnivå.

| Sykehus | Antall pasienter |
|--|-------------------------|
| Haukeland universitetssykehus | 720 |
| Oslo Universitetssykehus | 1272 |
| Stavanger | 524 |
| St. Olavs Hospital | 920 |
| Sørlandet sykehus | 776 |
| Sykehuset i Vestfold Stavern | 754 |
| Drammen | 259 |
| UNN Tromsø | 390 |
| Ålesund | 158 |
| Sandnessjøen | 48 |
| UNN Harstad | 28 |
| Nordlandssykehuset | 41 |
| Levanger ₁ | 19 |
| Kirkenes | Leverer ikke data |
| Sykehuset Innlandet | Leverer ikke data |
| Sykehuset i Telemark | Leverer ikke data |
| Totalt unike pasienter alle sykehus | 5904 |

Tabell 16: Aktuelle enheter for NNRR i 2023. Tabellen viser antall unike pasienter med ferdigstilt pasientskjema og behandlerskjema i 2023. ¹Levanger leverte kun inn data i starten av året grunnet personellmangel og er derfor tatt ut av dekningsgradsanalysen.

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

NNRR er et tjenesteregister som i 2023 inkluderte spesifikke poliklinikker ved 13 sykehus. Metode for å definere dekningsgrad er vedtatt av Fagrådet og godkjent av Ekspertgruppen i juni 2019. NNRRs utgangspunkt er alle pasienter som henvises med nakke- og/eller ryggproblemer som hovedproblemstilling, og som faktisk møter opp til et tilbud ved den definerte N/R-poliklinikken eller N/R-enheten innen poliklinikken. Også de pasientene som ikke kan fylle ut skjema grunnet for eksempel høy alder eller språkproblemer inkluderes i antall aktuelle pasienter. Beregningen i dekningsgradsanalysen er for pasienter med skjemadato i perioden 01.01.2023-31.12.2023. Dekningsgradanalysen er senest oppdatert 15.04.2024.

Hver enkel enhet må ha et system for å telle antall aktuelle pasienter for inklusjon ved sin enhet. Nevneren i beregning av dekningsgrad vil være de aktuelle pasientene. Telleren er de pasienter som registreres i NNRR, og som har utfyllt pasientskjema ved første konsultasjon samt har fått ferdigstilt behandlerskjema. Ferdigstilling av begge disse skjemaene fullfører en baseline-registrering, og er derfor valgt som kriterium for å telles som en unik registrering i dekningsgradsanalysen. Ved 100 % dekningsgrad på individnivå er alle pasientene som har møtt til konsultasjon ved den definerte NR-poliklinikken/enheten registrert i NNRR.

N/R-poliklinikker som ikke er tilknyttet NNRR er pr i dag ikke inkludert i dekningsgradsberegning. Det er vanskelig å få et estimat over potensielle pasienter fra disse enhetene pga. man må ha et system lokalt for å skille ut aktuelle pasienter fra annen muskel- og skjelettutredning.

Beregning av dekningsgrad på individnivå basert på Norsk Pasientregister-data (NPR) er vurdert, men det er dessverre ikke teknisk mulig validere mot NPR på enhetsnivå.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

| Sykehus | Registreringer | Innrapportert | |
|---|----------------|---------------|---------------|
| | | aktuelle | Dekningsgrad |
| Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus | 720 | 726 | 99,2 % |
| Oslo Universitetssykehus | 1272 | 1700 | 74,8 % |
| Stavanger | 524 | 683 | 76,7 % |
| St. Olavs Hospital | 920 | 1390 | 66,2 % |
| Sørlandet sykehus | 776 | 1122 | 69,2 % |
| Sykehuset i Vestfold Rehabilitering Stavern | 754 | 921 | 81,9 % |
| Vestre Viken Drammen | 259 | 392 | 66,1 % |
| UNN Tromsø | 390 | 501 | 77,8 % |
| Møre og Romsdal, Ålesund | 158 | 163 | 96,9 % |
| Helgelandssykehuset, Sandnessjøen | 48 | 55 | 87,3 % |
| UNN Harstad | 28 | 35 | 80,0 % |
| Nordlandssykehuset | 41 | 61 | 67,2 % |
| Totalt unike pasienter alle sykehus | 5890 | 7749 | 76,0 % |

Tabell 17: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2023. Skjemadato fra og med 01.01.2023 frem til 31.12.2023.

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Pasientrapporterte data innhentes via tre forskjellige skjemaer. Ved baseline oppgis dette via pasientskjema ved første konsultasjon, og responsrate her er lik som dekningsgrad angitt i tabell 16. I tillegg innhentes pasientrapporterte data via oppfølgingsskjema etter 6 måneder og oppfølgingsskjema etter 12 måneder. For denne rapporten meldes det skjema innhentet i 2023; og dermed innhentes det oppfølgingsskjema etter 6 måneder fra pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.juli 2022-30.juni 2023 og oppfølgingsskjema etter 12 måneder fra pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.januar 2022-31.desember 2022. NNRR har et mål om responsrate på >60 % av alle oppfølgingsskjema fra registreringsperioden.

| Sykehus | Antall aktuelle | Rate (%) | Antall aktuelle | Rate (%) |
|------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | 6mnd | 6mnd | 12mnd | 12mnd |
| Haukeland | 690 | 62,9 | 682 | 59,4 |
| OUS | 1260 | 61,7 | 1244 | 57,0 |
| St. Olavs | 794 | 69,6 | 705 | 64,0 |
| UNN-Harstad | 41 | 65,9 | 54 | 53,7 |
| UNN-Tromsø | 409 | 68,2 | 466 | 58,8 |
| Kristiansand | 834 | 64,1 | 834 | 61,3 |
| Levanger | 105 | 67,6 | 174 | 64,4 |
| Sandnessjøen | 45 | 62,2 | 53 | 64,2 |
| Stavanger | 482 | 67,4 | 325 | 56,6 |
| Ålesund | 176 | 75,0 | 173 | 67,6 |
| Stavern | 665 | 63,2 | 342 | 54,4 |
| NLSH | 13 | 84,6 | | |
| Drammen | 234 | 59,4 | 206 | 57,4 |
| Nasjonalt | 5748 | 64,9 | 5258 | 59,5 |

Tabell 18: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingsskjema etter 6 måneder og 12 måneder.

Oppfølgingsraten ved 6 måneder er 64,9 og 12 måneder på 59,5 %, samt det er 45,9 % av aktuelle pasienter som har fylt ut begge oppfølgingsskjemaer. Dette viser at det er en andel som har kun 6 måneder oppfølgingsskjema, og en andel som kun har 12 måneder oppfølgingsskjema. Det er som forventet at en noe mindre andel fyller ut oppfølgingsskjema ved 12 måneder enn 6 måneder, og likt med foregående år.

4.3 Vurdering av datakvalitet

Kompletthet – tilknytning og dekningsgrad

NNRR er geografisk representert i alle regioner, hvilket er en fordel med tanke på kompletthet. NNRR må øke andelen enheter fra 13 til alle 16. NNRR jobber kontinuerlig med å knytte seg til de resterende aktuelle enhetene. En fjortende enhet er allerede planlagt å komme i gang med innrapportering av pasienter i første halvdel av 2024 (Sykehuset Innlandet). Det finnes også underavdelinger ved enkelte sykehus som ikke rapporterer inn data pdd. Et eksempel på dette er HIA-enheten i Bodø, og man jobber lokalt for å få dem med ila 2025.

Dekningsgraden ligger i 2023 på nivå med foregående år siden oppstart av den helelektroniske datainnsamlingen oktober 2020. Det er fortsatt mulig for pasienter å fylle ut skjema ved oppmøte, men dette rapporteres å skje i liten grad. Dekningsgraden er høy (>70%) ved de fleste enhetene. Drammen sykehus skiller seg betydelig ut med lav dekningsgrad under 50 %. Stavanger hadde også lav dekningsgrad i 2022, men forbedret seg kraftig i 2023. Ved de to sistnevnte enhetene er det tidligere blitt oppgitt at det foreligger sannsynligvis intern svikt i rutiner for oppretting og utsendelse av skjemaer. Dette understreker behovet for gode interne rutiner for opplæring og oppretting av NNRR-forløp i MRS.

Den nasjonale dekningsgraden påvirkes i størst grad av dekningsgrad ved de største enhetene, ettersom de utreder majoriteten av pasientene på landsbasis. Å løfte dekningsgraden ved spesielt de store enhetene vil i stor grad bidra til kompletthet av registeret.

Man ser også tydelig gjennom diskrepans i tallene på pasientskjema, behandlerskjema og pasientskjema med tilhørende behandlerskjema at registeret må fortsatt jobbe videre med oppfølging av lokale prosedyrer for å registrere antall aktuelle pasienter. Dette viser tydelig at den framtidige dekningsgraden kan løftes ytterligere. Man bør på sikt vurdere å gjennomføre et nasjonalt datakvalitetsprosjekt for å løfte dekningsgrad over 80 % nasjonalt.

Variabelkompletthet

De aller fleste variabler i behandlerskjema er obligatoriske. Behandlerskjemaet er i 2023 100 % utfylt for obligatoriske variabler i forhold til hva som rapporteres for dekningsgrad. Variabler som ikke er obligatoriske ble implementert i januar 2022. Ikke-utfylt på disse ikke-obligatoriske variablene ligger på 2,2-13,7 %.

Pasienter kan velge å ikke fylle ut enkelte spørsmål. Det er innført et alternativ for «ikke svart» på de fleste variabler, slik at en har kontroll på andel ubesvarte spørsmål. NDI skal kun fylles ut av pasienter som har nakkeproblematikk. Dette kan sees ved at variabler tilknyttet NDI har ca 49 % ikke-utfylt.

Sentrale PROMs før utredning som for eksempel beregning av score for ODI har 1,9 % ikke-utfylt, HSCL10 score har 2,0 % ikke-utfylt, FABQ score for fysisk aktivitet har 1,5 % ikke-utfylt og FABQ score for jobb har 3,2 % ikke-utfylt. På EQ-5D er det høyere ikke-utfylt med 12,5-15,8 % på delspørsmålene og 15,2 % ikke-utfylt på EQ VAS. Man har ingen god forklaring på hvorfor det er høyere ikke-utfylt på EQ-5D enn andre PROMs, og dette er noe som man bør

se nærmere på. Man kan også se en tendens til at enkelte variabler som omhandler jobb har noe høyere grad av ikke-utfylt; eksempelvis har «ProfessionWantedBack» 13,5 % ikke-utfylt og FabQ11 som spør om man tror man er kommet tilbake til jobben 7,4 % ikke-utfylt.

Andelen ikke-utfylt er lavere på oppfølgingskjema enn på baselineskjema, dette gjelder også EQ-5D.

Korrekthet

Ettersom de fleste kvalitetsindikatorer er basert på PROMs/PREMs - som igjen er godt validerte måleinstrumenter - vurderes skårene i seg selv som valide.

Det er ikke gjennomført noen sammenligning av variablene på behandlerskjemaet med journal (gullstandard). Man vurderer å søke datakvalitetsmidler for å gjennomføre dette tidligst i 2025. Basert på at behandlerskjema sannsynligvis utfylles samtidig med annet journalarbeid, så antar man at det styrker korrektheten. Behandlerskjema fylles ut basert på hva man anbefaler pasienten av tiltak på dagen for besøk ved sykehuset. Dog kan det forekomme at faktisk gjennomførte tiltak for den enkelte pasient kan være endret i etterkant av utfylling av behandlerskjemaet, og dermed vil det bli diskrepans mellom registret informasjon i NNRR og journal.

Reliabilitet

Det er ikke utført egne tester av reliabilitet i registeret, men alle utfallsmål som benyttes er validerte måleinstrumenter opp imot pasientgruppen. I en gjennomgang av pasienter som ble inkludert i registeret i 2022, ser man at andelen som fyller ut oppfølgingskjema i snitt er eldre, norsk nasjonalitet og scorer lavere på HSCL-10. Det er ikke gjort noen valideringsundersøkelser i forhold til om 12 måneder-gruppen er representativ. Registeret har heller ikke gjennomført noen form for interrater-reliabilitetsundersøkelse, og vet ikke graden av samsvar i hvordan helsepersonellet svarer på behandlerskjemaet. For å bedre reliabiliteten er det implementert informasjonsbokser i behandlerskjemaet for å si hva som skal fylles inn hvor og hvordan.

Overordnet vurdering

Styrken til datamaterialet er at PROMs i registeret er vist å være valide og reliable i tidligere studier av pasienter med nakke- og ryggplager. Det er også en styrke at komplettheten med tanke på variabelkompletthet vurderes å være god – både utfylt av pasient og helsepersonell. Høy dekningsgrad på 76 % styrker ekstern validitet/generaliserbarheten av data. Ved flere enheter er det svært høy dekningsgrad, og dermed stor grad av intern validitet. Det er fortsatt en svakhet at man ikke har alle enheter tilknyttet registeret.

Oppfølgingsrate både nasjonalt og ved alle enheter er relativt god, men kan bli bedre. Ettersom det ikke er gjort noen valideringsundersøkelser av oppfølgingsdata må man utvise en grad av forsiktighet ved tolkning av disse.

Det er heller ikke brukt eksterne kilder for å vurdere korrekthet og reliabilitet av behandlerrapportert data, og dette vurderes å være primær svakhet med datamaterialet. En annen svakhet er variasjon i metoder ved enhetene for å telle/beregne antall aktuelle pasienter for registeret.

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Tabell 1. Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret

| | |
|--|--|
| Identifiserte pasientrettede forbedringsområder | <ul style="list-style-type: none">• Målet med et kvalitetsregister er at man skal strekke seg for å oppnå best mulig kvalitet. Mange av registerets KI har hatt et lite ambisiøst nivå for å oppnå høy måloppnåelse. Ved å justere disse i tråd med hva som er nasjonalt måloppnåelse siste tre år vil terskel stemme mer overens med hva som er realistisk høy oppnåelse. I årets årsrapport er derfor nivået for måloppnåelse på registerets KI justert opp på flere KI etter konsensus fra fagråd mai 2024.• Retur til arbeid er et viktig utfall etter utredning og behandling ved enhetene. En teori er at spørsmålet fra FABQ om pasienten selv tror hen vil være tilbake i arbeid om tre måneder, vil bidra til at en bedre kan predikere retur til arbeid. En nærmere analyse av nasjonale data vil kartlegge dette nærmere.• Det er avdekt at en høy andel (58 %) av pasientene har høyt psykisk symptomtrykk i NNRR. Kan høyt psykisk symptomtrykk predikere utfall mtp smerte og funksjon? En nærmere analyse av data vil kartlegge dette nærmere, og muligens bidra til kliniske råd i møte med den enkelte pasient.• En stor andel av pasientene i NNRR er sykemeldt. Kan fravær av sykemelding predikere et bedre utfall mtp smerte og funksjon? En nærmere analyse av data vil kunne kartlegge dette nærmere og kunne bidra til kliniske råd i møte med den enkelte pasient.• Det er påvist diskrepans mellom andel som man via behandlerskjemaet ser har blitt henvist til vurdering av operasjon (6,3 %) og pasientrapportert andel som har sier at operasjon har vært en del av behandlingen (27,7 %). Årsak til denne diskrepansen er ikke kartlagt ytterligere. Det kan være mulig at en del pasienter som er operert tidligere (altså i sin tidligere sykehistorie) tenker at dette skal rapporteres, og dermed gir et kunstig høyt tall. Dette bør utforskers nærmere med å sammenstille data med ryggkirurgiregisteret. |
|--|--|

Tabell 2. Tiltak og resultat

| | |
|---|---|
| Aktuelt forbedringsområde | KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling samt kartlegge innhold i behandlingsopplegg og tiltak for å gjøre disse mer likeverdige. |
| Hva ble gjort av hvem/hvor og når? | På fagdagen vår 2024 ble faglig grunnlag for tverrfaglig behandling i nasjonal og internasjonale anbefalinger presentert. Alle enheter presenterte sine inklusjonskriterier for tverrfaglig behandling. Det framkom stort sprik i både hvilke pasienter som får tilbud om tverrfaglig behandling, varighet av tilbud og innhold i tilbudene. Dette medførte at enheten ved Levanger har bestemt å ha et lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal omhandle forbedring av Ryggruppe-tilbudet i deres poliklinikk. Inspirasjon til prosjektet fikk legene ved Levanger etter deltakelse på Fagdag NNRR 15. februar i år. Etter å ha hørt innlegg fra de andre enhetene mente Levanger at det er rom for forbedring av tilbudet ved egen poliklinikk, herunder større grad av tverrfaglighet i behandlingstilbudet. P.t. gis Ryggruppe-tilbudet av fysioterapeut alene etter henvisning fra lege i poliklinikken. |
| Hvilke resultater ble oppnådd? | Resultater foreligger ikke enda. |
| Aktuelt forbedringsområde | Økt dekningsgrad og dermed bedre møte med den enkelte ved å oversette skjema til polsk og nynorsk |
| Hva ble gjort av hvem/hvor og når? | NNRR er et tjenesteregister, men bidrar også til en systematisk kartlegging av plager og funksjon i forkant av utredning. Heldigital innsamling av pasientskjema ble implementert ved alle enheter oktober 2020. Pasientrapporterte svar som gir innblikk i gule flagg blir på en oversiktlig måte ved hjelp av fargekoder formidlet til helsepersonell ved utredning, noe som bidrar til å møte den enkelte pasient på en bedre og mer helhetlig måte. Vanlig anamnese vil selvsagt alltid ivaretas i møte med pasienter med fremmedspråk og det journalføres ved bruk av tolk. Tolken har ikke mulighet til å bistå forut for konsultasjon for utfylling av NNRR. Det var derfor ønskelig med språklig tilpassede kartlegginger med PROM og PREM som pasienten kunne fylle ut i forkant av konsultasjon. 2023 ble polsk |

| | |
|---|---|
| | oversettelse og nynorsk oversettelse ferdigstilt. Disse vil bli implementert i produksjon i 2024. |
| Hvilke resultater ble oppnådd? | Resultater foreligger ikke enda. |
| Aktuelt forbedringsområde | Andel med smerter over 2 år. |
| Hva ble gjort av hvem/hvor og når? | Pasientrapporterte data viser at i 2022 hadde 46,7 % av pasientene som ble henvist til poliklinikkene hatt smerter over 2 år, som er stabilt med foregående år. Svært langvarige smerter forringer prognosen. NNRR ønsker å lage en publisering hvor blant annet henvisning sent i forløpet problematiseres, for eksempel i Tidsskriftet DNLF. En slik publisering vil kunne bidra til at fastleger henviser tidligere. Registerledelse har påbegynt skrivearbeid på en slik artikkel våren 2024. Forventes å ferdigstilles innen vår 2025. |
| Hvilke resultater ble oppnådd? | Resultater foreligger ikke enda. |

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Tiltak og resultat

| | | | |
|---|--------------------------|--|----------------------------------|
| KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling – hos pasienter med tolkebehov og utenlandsk opprinnelse | <i>Vår 2022-pågående</i> | Analyser initiert av OUS har avdekket signifikant mindre bruk av tverrfaglig behandling hos pasienter med tolkebehov ved gjennomgang av nasjonale data [28]. Vår 2022 ble de fire enheter med flere enn 10 pasienter med behov for tolk invitert til et kvalitetsforbedringsprosjekt; OUS, Sørlandet, St.Olavs og Stavern. Det er avholdt samarbeidsmøter i 23 og enhetene møttes på fagdag i 24. Andelen med tolkebehov som får tverrfaglig behandling rapporteres nå i | Resultater foreligger ikke enda. |
|---|--------------------------|--|----------------------------------|

| | | | |
|--|----------------------|---|---|
| | | <p>kvartalsrapporter for å følge utviklingen. Målet er å finne tiltak som kan bidra til å oppnå at 30 % av pasienter med utenlandsk opprinnelse og tolkebehov får tilbud om tverrfaglig behandling. Prosjektet varer fram til sommer 2024.</p> | |
| <p>KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling - andelen har vært sprikende og lav ved flere enheter</p> | <p>2022-pågående</p> | <p>1) Registerledelsen har rapportert variasjon i tilbudet mellom enheter til foretaks-, sykehus- og klinikkledelse for å synliggjør behovet for å styrke, og opprettholde, tverrfaglige behandlingstilbud siste tre år. Dette er tatt inn som variabel i kvartalsrapport som sendes til hver enhet x3 pr år. Denne variabel var også diskusjonstema på NNRRs fagdag 2023. Her ble definisjon av tverrfaglig behandling presisert og dette ble så implementert i forklaringstekst i behandlerskjema samt på webinarer ila 2023.</p> <p>2) I Tromsø ble det i 2021 innført kortere gruppetilbud i håp om å kunne gjennomføre flere grupper og dermed flere tverrfaglig tilbud.</p> | <p>Gjennom registerdata framkommer det at pasientpopulasjonen ofte har langvarige og sammensatte problemstillinger (gule flagg). Etter utredning identifiseres de pasientene med kompleksitet som har behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten. Anbefalt målnivå er at minst 30 % av pasientene får tilbud om tverrfaglig behandling (KI 1). Ut fra NNRR kan man se at det fortsatt er geografisk variasjon i andelen pasienter som får et tverrfaglig behandlingstilbud med et sprik mellom enheter fra 0 % til 58 %. Den nasjonale andelen er relativt stabil, men steg noe i 2023 slik at man oppnådde akkurat grensen for høy måloppnåelse på 30 %. Forhåpentligvis er dette en positiv trend.</p> <p>2) I Tromsø har andelen vært rimelig stabil over de siste tre år og vi ser dessverre ingen økning</p> |

| | | | |
|--|-------------------|--|--|
| | | | (24, 20 % og 21 %). |
| Økt dekningsgrad og dermed bedre møte med den enkelte ved å oversette skjema til engelsk | 2021-2022 | Engelsk pasientskjema ble av registerledelsen implementert nov 2021- både digitalt og papirformat. | Andelen pasienter med utenlandsk opprinnelse har økt nasjonalt, og særlig ved OUS. Først et løft da skjema ble digitalisert og deretter et ytterlig løft når engelsk skjema ble implementert. |
| Andel tilbake i arbeid KI 6 | 2022- pågående | Langvarig fravær fra arbeid tyder på dårlig prognose og nasjonal retningslinje anbefaler arbeidsmedisinske tiltak [16]. Ved alle poliklinikker bør det derfor kartlegges arbeidsfunksjon og skoledeltakelse. Det har blitt utarbeidet en ny variabel i behandlerkjema for å kartlegge om dette gjøres i møte med den enkelte pasient. Dette kan bidra til å øke fokus hos behandler. Denne ble implementert januar 2022. | Det er fortsatt sprikende resultater i andelen som vender tilbake til arbeid. En antydning til stigning siste to årene fra 42 til 45 %. Spriket mellom enheter i 2023 er fra 58 % til 38 %. Videre tiltak med fokus på retur til arbeid bør kontinueres. |

Flere enheter angir både på fagdag, enhetsmøter og i skriftlig tilbakemeldinger at de i 2023 jevnlig benytter registerdata i små og store beslutninger. Registerdata har ført til diskusjon og faglige avgjørelser som påvirker den kliniske driften ved poliklinikkene. Det rapporteres at data fra NNRR benyttes av leger og/eller fysioterapeuter daglig i konsultasjonen og data på den enkelte pasient inngår ofte i journalnotatene. OUS rapporterer at dataene fra NNRR som kartlegger funksjonsproblemer og psykisk symptomtrykk er viktig grunnlag for kommunikasjon med pasienten og behandlingsvalg. De representerer et objektivt grunnlag for dokumentasjon av pasientens problemer som ikke er beheftet med legens tolkning/oppfattelse slik referatsføring av en anamnese er. Dermed er de også et godt grunnlag i klagesaker mv. Så må de selvsagt suppleres med data fra den kliniske samtalen i journalnotatet. NNRR dataene benyttes i årsrapporten ved OUS og danner grunnlag for å se på endringer i pasientproblemer og demografi f.eks endringer i tolkebehov og nasjonalitetsbakgrunn over år. Dataene benyttes også for å planlegge studier, f.eks kan problemprofil være viktig når intervensjoner i studier etableres. Dataene inngår som «referanse» i vitenskapelig publikasjoner, f.eks der man har inkludert utvalgte pasienter til studier vil det ofte angis representativitet opp mot datagrunnlaget i NNRR.

6 Formidling av resultater

| | Form | Frekvens | Målgruppe/mottakere |
|----|---|---|---|
| 1. | Årsrapport – resultatdel | 1 gang per år | Deltakende enheter/fagmiljø, ekspertgruppen, forskere, myndigheter, ledelse, pasientorganisasjoner |
| 2. | Kvalitetsregistre.no Alle 8 kvalitetsindikatorer publiseres på enhetsnivå. | 2 ganger per år | Forskere, deltakende enheter, politikere, brukerorganisasjoner, alle andre med interesse for data på pasientgruppen. |
| 3. | Resultater til registrerende enheter Kvartalsrapporter på enhetsnivå der aktuell enhet sammenlignes med nasjonale nivå. Kvartalsrapport inneholder både resultater på alle 8 kvalitetsindikatorer, men også andre relevante resultater. Datauttrekk fra egne resultater Standardiserte rapporter i MRS | 4 ganger per år Kontinuerlig Kontinuerlig | Alle som er brukere av NNRR ved aktuell enhet: klinisk personell, administrativt personell, ledelse |
| 4. | Innsynsrapport via HelseNorge formidler scoringsresultat på PROMs | Kontinuerlig | Hver individuelle pasient som deltar i NNRR |
| 5. | Sammendrag av innrapporterte data til bruk i det kliniske møtet med pasient. Relevante opplysninger som helsepersonell diskuterer med pasient kan legges inn i sykehusjournal (ihht. samtykkeerklæring) | Kontinuerlig | Helsepersonell, pasient, henvisende instans |
| 6. | Årlig rapporteringsmøte til ledelse ved UNN: <ul style="list-style-type: none"> • Avholdt i februar 2023 på UNN | Årlig | Sykehusadministrasjon herunder klinikkledere, seksjonsledere og avdelingsledere ved UNN som er administrerende enhet for NNRR |
| 7. | Postere <ul style="list-style-type: none"> • Wilhelmsen M «Høna eller | | Forskere, myndigheter, pasientorganisasjoner, etc |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | <p>egget: psyken eller ryggen? Norsk nakke- og ryggregister 2023» Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 25-26.okt 2023 samt ved 12. Nasjonale forskningskonferanse om muskelskjeletthelse (MUSS) Oslo, 16-17.nov 2023.</p> | | |
| 8. | <p>Presentasjoner på seminarer, konferanser, o.l</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samuelsen K «Norsk nakke- og ryggregister Hovedfunn 2021 og 2022», 12. Nasjonale forskningskonferanse om muskelskjeletthelse (MUSS) Oslo, 16-17.nov 2023. • Kjørnø LG «Bruk av helsetjenester blant pasienter med rygg- og nakkeplager som er henvist til vurdering i spesialisthelsetjenesten», 12. Nasjonale forskningskonferanse om muskelskjeletthelse (MUSS) Oslo, 16-17.nov 2023. • Wilhelmsen M «Norsk nakke- og ryggregister – baseline og oppfølging», Høstmøtet for nasjonal forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo, 16-17.nov 2023. • Bardal I «Health confounding in the longitudinal association between Graded Sickness Absence and Return to Work», Trygdeforskningsseminaret 2023, Bergen, 23.-24.nov 2023. | | Forskere, myndigheter, pasientorganisasjoner, etc |
| 9. | <p>Presentasjoner på fagdager arrangert av andre organisasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ryggforeningen 04.11.23 • Nasjonalt senter for klinisk dokumentasjon og evaluering | | Pasientorganisasjon Andre registre, SKDE |

| | | | |
|-----|---|--|-------------------------------|
| | 14.11.23 | | |
| 10. | <p>Lokal bruk av resultater</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS/C Røe: Presentasjon for Helse Sør-Øst mtp registreringsløsning av kliniske data i forbindelse med pilotering av nytt henvisningsforløp til rehabiliteringsinstitusjonene. | | Ledelse, lokalt fagmiljø, etc |

Figur 37: Resultatportalen

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

Registeret deltar regelmessig på samarbeidsmøter og fagdager via SKDE med alle registrene i nord for å utveksle erfaringer. Registersekretariatet er samlokalisert med sekretariatet for Ryggkirurgisteret (NKR) og flere andre registre i Helse Nord. Samlokaliseringen bidrar til samarbeid mellom registrene når det gjelder administrative oppgaver og registerfaglige vurderinger. NNRR har i 2023 hatt møter med Norsk kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR) og Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer om temaer som praktisk drift og diskusjon rundt analyse av resultater. Det er aktuelt å samarbeide med registre i den kommunale helsetjenesten, men ingen aktive samarbeid pr 2023. Brukerorganisasjonen Ryggforeningen er fast representert i NNRRs fagråd ved brukerrepresentant Thor Einar Holmgard.

7.2 Datautleveringer fra registeret

| Utlevering av data til følgende formål: | 2023 | 2022 | 2021 |
|---|------|------|------|
| Forskning | 3 | 3 | 0 |
| Kvalitetsforbedring og styringsformål | 1 | 1 | 1 |
| Andre formål (f.eks. til media) | | | |
| Totalt | 4 | 4 | 1 |

Tabell 19: Utleveringer av data siste tre år.

7.3 Vitenskapelige artikler

Publikasjoner

1. Tyrdal, Mari Kristine, et al. "Neck and back pain: Differences between patients treated in primary and specialist healthcare." *Journal of Rehabilitation Medicine* 54 (2022). [29]
2. Bjørneboe, J., Bratsberg, A., Brox, J.I. et al. «Symptom burden and follow-up of patients with neck and back complaints in specialized outpatient care: a national register study» *Sci Rep* **14**, 3855 (2024). [28]

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

Tabell: Vurderingspunkter for *Navn på register* og registerets egen evaluering.

| Nr | Beskrivelse | Kapittel | Egen vurdering 2023 | |
|------------------|--|----------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Ja | Nei |
| Stadium 2 | | | | |
| 1 | Samler data fra alle aktuelle helseregioner | 4.1 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Presenterer kvalitetsindikatorne på nasjonalt nivå | 2.1 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser | 4.2 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter | 6 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Har en oppdatert plan for videre utvikling | 9 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| Stadium 3 | | | | |
| 6 | Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer | 0 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år | 4.2 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | 6 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater | 6 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer | 2.1 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret | 9 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| Stadium 4 | | | | |
| 12 | Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable | 0 | <input type="checkbox"/> | X |

| | | | |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|
| 13 Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år | 4.2 | <input type="checkbox"/> | X |
| 14 Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | 6 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 15 Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig | 7.3 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| 16 Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig) | 0 | ✓ | <input type="checkbox"/> |
| Nivå A, B eller C | | | |
| Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller | | Ja | |
| 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 | 5.2 | ✓ | |
| Nivå B | | | |
| 18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 5.1, 5.2 | <input type="checkbox"/> | |
| Nivå C | | | |
| 19 Oppfyller ikke krav til nivå B | | <input type="checkbox"/> | |

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Registeret oppfylder fortsatt kriterier for stadium 3A. Det er flott at ekspertgruppen mener NNRR er i god prosess med å bedre registeret og en plan for videre utvikling.

9.1.1 Datafangst

Språk er implementert som egen variabel.

9.1.2 Tilslutning

Det kommenteres fra ekspertgruppen at det er en økning i tilslutning i 2022, noe som vi har kontinuert i 2023. Bodø ved Nordlandssykehuset ble primo 2023 tilknyttet. Vi har hatt aktiv prosess med tre gjenstående enheter, Ottestad, Kirkenes og Telemark, gjennom 2023 for å oppnå komplett tilslutning. Digitale møter, administrativ støtte og opplærings-webinar ble gjennomført for Sykehuset i Innlandet/Ottestad. Som forventet har det vært utfordrende for Kirkenes å tilknytte seg i 2023.

Det er rapportert store utfordringer ved Levanger sykehus som medførte at de kun inviterte pasienter til deltakelse i begynnelsen av 2023. Stopp i utsendelse skyldes at sykehuset hadde store bemanningsutfordringer, og ikke kapasitet til å følge opp utsendelse av skjemaer. Levanger sykehus er derfor tatt ut av dekningsgradsanalysen for 2023 ettersom NNRR ikke har kjennskap til hvor mange aktuelle pasienter det var ved sykehuset. NNRR har gjennom året hatt dialog med enheten for å motivere til å reetablere praksis.

9.1.3 Dekningsgrad og responsrate

Det kommenteres fra ekspertgruppe at det er stor variasjon i dekningsgrad mellom enheter. Det er gjort flere tiltak for å bedre dekningsgrad, særlig enheter med lav prosent. Nasjonale webinar, fagdager og framlegg på konferanser har vært gjennomført, noe som skaper blest om registeret og trolig er viktig for motivasjon til å følge opp:

- 17.feb 2023 Fysisk fagdag Oslo. Det var 27 deltakere og 12 enheter påmeldt samt brukerorganisasjon. Tema: *Hvordan vise faglig etterlevelse i NNRR og hvordan sikre intern validitet på utfylling av våre skjema.*
- 22.03.23 Webinar merkantilt
- 23.03.23 Webinar helsepersonell
- 28.09.23 Webinar helsepersonell

4. kvartal 2023 innførte vi enhetsmøter for å bedre lokale rutiner. De med lav dekningsgrad ble prioritert. Kontaktpersoner på hver enhet, daglig leder og faglig leder blir invitert. På disse møtene gjennomgås følgende tema:

1. Henvisningsvurdering -rutiner for å sikre at alle potensielle får tilsendt skjema.
2. Rutiner for å registrere potensielle pasienter til dekningsgrad.
3. Rutiner for utfylling av behandler-skjema- da begge skjema må være komplett for å inkluderes i dekningsgrad. Hver enhet blir oppfordret til å ha en dedikert person til å rydde i skjema.

4. Bruk av NNRR i poliklinikk for eksempel gjennomgang av kvartalsrapporter på driftsmøter eller kvalitetsforbedringsprosjekter.

Både registerledelsen og enhetene opplever enhetsmøter som nyttig. Det framkommer på møtene at mange har gode rutiner og hyppig bruk av registerdata, samtidig som noen har lite bevisst forhold og tydelig forbedringspotensial. Konkrete tiltak som kan bedre rutiner og dermed bedre dekningsgrad lokalt diskuteres.

Alle pasientskjema er i løpet av 2023 oversatt til polsk, da dette er rapportert som en stor pasientgruppe, særlig i Oslo. Skjemaene er også oversatt til nynorsk, foruten EQ5D-5L, grunnet klage fra en pasient og vi er gjort oppmerksom på at det er krav om å kunne velge nynorsk i henhold til språkloven. Når oversettelsene implementeres vil dette kunne bidra til økt responsrate.

9.1.4 Korrekthet og reliabilitet:

Webinarer bidrar til at behandlerskjema utfylles korrekt på tvers av enheter og mellom behandlere.

På fagdagen i februar 2023 ble behandlerskjema gjennomgått grundig. Det ble en god diskusjon og det ble avdekt variasjon i utfylling til tross for gjentatte webinar og oppdatering av brukermanual. Det ble bestemt at det skal lages en forklarende informasjonstekst til alle spørsmål. Registerledelsen formulerte disse tekstene i mars 2023 og sendte de på høring til alle enheter. Tekstene ble så endelig justert. Ved oppdatering av behandlerskjema i 2023 ble disse forklarende tekstene synlig dersom man trykker på spørsmåltegnene i behandlerskjema. Tilbakemeldingene fra enhetene har vært utelukkende positiv og bidrar til at innsamlet data blir korrekte.

9.1.5 Faglig etterlevelse

Ekspertgruppen kommenterte behov for å jobbe videre med mål for faglig etterlevelse. Som nevnt var dette tema på fagdag gjennomført februar 23. Gjennom året 2023 har vi testet ut nye variabler i kvartalsrapport som viser prosesser som er anbefalt i retningslinjer.

I årsrapporten for 2023 forsøkes det å utdype på hvilken måte registeret viser at enhetene følger faglige retningslinjer. I norske retningslinjer er klinisk kommunikasjon anbefalt i sterk grad ved langvarige plager. Det er blant annet anbefalt å gi trygghetsskapende informasjon og gjøre en klinisk undersøkelse. Retningslinjer vektlegger videre at tanker om frykt og unngåelsesadferd (gule flagg) kan påvirke kroppslige smerter. Altså at tanker og adferd påvirker kropp [16]. En endring for å visualisere en faglig retningslinje har vært å presentere «andel som mottar mestringsorientert samtale» som en indikator i kvartalsrapporter i 2023/2024. Etter diskusjon på nasjonal fagdag ble det foreslått at dette også skal være en kvalitetsindikator i årsrapport 2023. Fagrådet vedtok endringen i mai 24.

Faglige retningslinjer anbefaler også tverrfaglig behandling, hvor det over flere år er vist stor geografisk variasjon mellom enheter i NNRR. Da vi i 2023 planla vår årlige fagdag for 2024 ble derfor nettopp tverrfaglig behandling et naturlig tema. Analyser av hvem i Norge som får tverrfaglig behandling ble rapportert i artikkel av Bjørneboe et al [28]. Her framkommer det at de som har tolkebehov i mindre grad får tverrfaglig behandling sammenlignet med norske

pasienter.

9.1.6 Validering og reliabilitetsmål

Ekspertgruppen kommenterer at det er nødvendig å få kvalitetssikring av reliabilitet og validitet for å komme opp i nivå.

På initiativ fra OUS, hvor registerledelse er involvert, er det i 2023 påbegynt en artikkel med data fra NNRR som utforsker «responsivness» og «minimal important change» for ulike PROMS. For å kunne vurdere validitet fra oppfølgingsdata blir det i denne forbindelse gjort analyser om pasienter som utfyller oppfølgings skjema etter 6 mnd skiller seg fra de som ikke utfyller oppfølging. Dette er et mål på validitet på oppfølgingsdata. Det gjøres også analyser på om våre skjema evner å fange opp endring hos pasientene (responsivness), et mål på reliabilitet for pasientgruppen. Beregning av minimal important different (MID) vil kunne bidra til å revidere hva som regnes som klinisk relevant endring i våre egne kvalitetsindikatorer.

NNRR har i samråd med SKDE revidert valideringsprosjekt for frafallsanalyser. Desember 2023 ble oppdatert prosjekt påbegynt og dette kontinueres i 2024.

9.1.7 Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er et hovedfokus som prioriteres høyt- se kapittel om Pasientrettet kvalitetsforbedring for detaljer for pågående prosjekter.

Det var opprinnelig planlagt et webinar om «Hvordan hente ut egne data» for å stimulere til eierskap, engasjement og økt bruk av data til kvalitetsforbedring. Dette ble utsatt grunnet at vi høst 2023 startet med prosess om portering til ny digital plattform; MRS-5.

NNRR har avdekt at en stor andel av pasientene har hatt plager i over to år før de henvises til utredning. Langvarig forløp er negativt for prognose. Ultimo 2023 ble det påbegynt prosess med å skrive en artikkel om utfordringer med at så stor andel av pasientene blir henvist først når plagene har stått på i over 2 år.

9.2 Planer og behov

Det er viktig for registeret at status A beholdes. Da må arbeidet med å legge til rette for at registeret kan brukes i små og store kvalitetsforbedringsprosjekter. Dette har vært et hovedfokus i rapporteringsåret og i dette kalenderåret. For å rykke opp til stadium 4 må dekningsgrad øke til 80 % og det må dokumenteres at data er korrekte og reliable.

9.2.1 Datafangst

NNRR er i 2023-2024 i prosess med å porteres til MRS-5 som skal være en mer fleksibel teknisk plattform som gir bedre brukervennlighet. Denne prosess vil ferdigstilles trolig andre kvartal 2024.

Nynorsk og polsk vil da suppleres som mulige språk for pasientene.

Dessverre lar det seg ikke gjøre å reetablere smertetegning som løsning for utfylling hos

pasienter eller videreføre i visualisering til behandlere i MRS-5. Det vil derfor istedenfor rapporteres antall smerteområder pasienten angir i oppsummeringstabell i MRS-5. Dette vil gi behandler en rask pekepinn om smerteutbredelse.

I årsrapport for 2022 ble det problematisert at det var mulig å ferdigstille behandlerskjema uten at pasientskjema var ferdigstilt. Automatisk utsending av oppfølgingskjema ble da endret til å styres av ferdigstilt pasientskjema, ikke behandlerskjema. Det er rutiner for at behandler ikke skal ferdigstille behandlerskjema uten ferdigstilt pasientskjema. Og det er rutiner for å slette behandlerskjema i kladd som ikke har tilhørende pasientskjema med samtykke. Likevel har det av sammensatte årsaker vært svikt i rutiner, noe som har medført at det i april 2024 ble avdekket at det er utlevert aidentifisert datadump til forskning som har inkludert tilfeller av behandlerskjema uten tilhørende pasientskjema med samtykke. Det er derfor iverksatt flere tiltak for å minimere skade og forhindre gjentakelse av avvik. Detaljer vedrørende avviket og tiltak vil presenteres i årsrapport for 2024. Det kan likevel nevnes allerede nå at rutiner for utlevering av data er skjerpet slik at kun data med både pasientskjema og behandlerskjema vil utleveres i framtiden. NNRR er også i dialog med Hemit og Helse Norge for å etablere samtykke via Helse Norge. Dette vil sikre at kun data med etablert samtykke vil overføres til nasjonalt register. Dette vil sikre at slikt avvik ikke vil kunne skje i framtiden.

9.2.2 Tilslutning

Primo 2024 var Ottestad ved Innlandet sykehus i gang med inkludering til registeret. Sykehuset i Telemark, Porsgrunn har rapportert at de trolig vil overføre sine N/R-pasienter til Stavern ved Sykehuset i Vestfold og dermed ikke lenger være en potensiell enhet. Slik omorganisering pågår i disse dager og derfor ikke endelig avklart per mai 2024. Totalt kjente registerledelsen til 16 potensielle poliklinikker i 2023. Det er imidlertid mulig at TSS – Telemark utgår som potensiell poliklinikk for inkludering i løpet av 2024. I 2024 har vi avdekket at det er en liten poliklinikk ved Helsefonna som også er potensiell. Dermed er det totalt 17 (16) potensielle enheter. Innen utgang av 2026 er planen at alle skal være med. Når alle 17 (16) er tilknyttet vil registeret ha en komplett oversikt over utredning og behandling av nakke- og ryggglidelser ved tverrfaglige poliklinikker tilknyttet fysikalskmedisinske miljø i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Totalt gjenstår tre (to) enheter:

- Sykehuset Telemark, Skien (startet tilslutningsprosess, men usikker som potensiell)
- Kirkenes (fra 2022)
- Stord, Helse Fonna

Våren 2024 tok ledelsen ved UNN kontakt med Kirkenes ved Finnmarkssykehuset, for å etterspørre tilslutning. Dette har ført til ytterlig flere digitale møter og mailutveksling. Å være en ny oppstartet og svært liten enhet samtidig som enheten deltar i en stor regional RCT som inkluderer alle pasienter med mange PROMS-skjema gjør tilslutning til NNRR på nåværende tidspunkt vanskelig. Enheten er svært motivert til å tilknytte seg straks RCT er slutført, trolig sommer 2025.

I løpet av 2024 håper vi å få avklart om Skien fortsatt er en potensiell enhet eller om N/R-pasientene vil kanaliseres til Stavern, SIV. I så fall vil de avsluttes som potensiell enhet. Det er avdekket at det er en liten tverrfaglig poliklinikk som utreder nakke- og ryggplager på Stord, Helse Fonna tilknyttet fysikalsk medisinsk miljø. Dette er en potensiell poliklinikk for

NNRR som beklageligvis har vært ukjent for registerledelse og fagråd. April 24 har vi opprettet kontakt med klinikere og ledelse ved poliklinikken. Arbeid med å motivere til tilslutning er påbegynt og mål er at enheten skal gå i gang innen utgang av 2025. Inntrykket er så langt positivt.

9.2.3 Dekningsgrad og responsrate

Dekningsgrad er 76 % i 2023. Målet er 80 % innen tre år. Vi planlegger flere tiltak for å bedre kompletthet og dekningsgrad.

Det er gjennomført enhetsmøter utover våren 2024. Plan er å gjennomføre dette systematisk årlig med alle enheter framover. Det optimale hadde vært om disse møtene kunne vært gjennomført fysisk, da personlig kontakt ofte har en sterkere motiverende effekt. I så fall må det søkes om ekstra midler.

Da det framkom særlig utfordringer med rutiner for å telle potensielle pasienter for å beregne dekningsgrad ved enhetsmøtene i 2023 valgte NNRR å gjennomføre et nasjonalt digitalt møte for alle enhetene 21. mars 2024 hvor dette var et tema. Det ble en god diskusjon og erfaringsutveksling mellom enhetene, noe som vil bidra positivt til lokale rutiner.

Webinarer og fagdager er gjennomført og skal også videreføres for å skape økt fokus på registeret og motivere til at registeret prioriteres slik at dekningsgrad stiger:

- Fagdag 15.02.24. Det var 12 enheter som deltok, med totalt 29 representanter. Tema var «Forskning med bruk av NNRR og tverrfaglig behandlingstilbud; faglig grunnlag og dagens praksis»
- Webinar om dekningsgrad 21.03.24.- 14 enheter deltok.
- Planlegges webinar for helsepersonell høst 2024 samt ett webinar om hvordan uthente egne data fra egen enhet via MRS-5 høst 2024.
- Videoopptak er gjort av webinarer for merkantilt, for helsepersonell og for beregning dekningsgrad og lagt tilgjengelig på NNRRs nettside slik at nye ansatte kan se når som helst.

Daglig leder har tilbydd, og skal videre tilby, enhetene tett oppfølging enten via mail eller video i først omgang. Faglig leder og fagråd involveres ved behov.

Oversettelse til polsk er ferdigstilt. Oversettelse av alle pasientskjema foruten EQED-5L til nynorsk er også ferdigstilt. FHI og Euroqol er kontaktet for anbud på oversettelse av EQ5D-5L til nynorsk, men prisen var over 100 000 kr. Dette kan derfor ikke prioriteres i denne omgang. Pasientene står fritt til å avstå fra utfylling av denne delen av spørreskjemaet. Polsk og nynorsk oversettelse vil tas i bruk ved oppdatering til MRS-5 våren 2024. Dette vil bidra til økt responsrate.

9.2.4 Forbedring av intern kvalitetssikring og dokumentasjon av reliabilitet

Våren 2024 vil NNRR porteres til MRS-5 som vil gi litt endringer i behandlerskjema. Når dette er på plass vil webinar gjennomføres for å sikre lik utfylling av behandlerskjema. Planen var å i 2023 eller 2024 å gjennomføre et prosjekt som utforsker interater-reliabilitet. Grunnet

overnevnte tekniske oppdatering har det ikke vært mulig å planlegge eller gjennomføre et slikt prosjekt så langt. Dette planlegges derfor å utsettes til høst 2024 eller 2025. 2-4 behandlere på hver enhet skal utfylle behandlerskjema ut fra en case-beskrivelse. Data fra utfylling av behandlerskjema skal analyseres for å utforske grad av samsvar i utfylling.

9.2.5 Etterlevelse av faglige retningslinjer og kvalitetsforbedring

NNRR har siste tre årene hatt økende fokus på hvordan registeret kan synliggjøre at faglige retningslinjer etterleves, noe som vil bli videreført.

Vår fagdag ble gjennomført feb 2024. Her ble både nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer hvor anbefaling om tverrfaglig behandling grundig presentert. Alle enheter hadde deretter et kort framlegg hvor inklusjonskriterier, lengde og overordnet innhold i sine tverrfaglige behandlingstilbud ble presentert. Hvilke faggrupper poliklinikkene har rekruttert og benytter som del av sine tilbud ble også diskutert.

I standardløsningen til MRS er det ikke oppsummering av PROMS fra pasientskjema. NNRR har fram til vår 2024 hatt god erfaring med slik oppsummering. Brukervennlig oversiktsbilde som oppsummerer pasientens utfylling med korrekt score er til god hjelp for behandlere i møte med den enkelte pasient, noe som motiverer til å prioritere registerarbeid. Et eksempel på oversiktsbildet:

| Hva som er scoret | Score | Grenseverdier |
|---|--------------|--|
| Varighet av plager | Mer enn 2 år | |
| Smertene i aktivitet | 5 | <3 minimal, 3-4 lett, 5-6 moderat, 7-10 sterk |
| Smertene i hvile | 7 | <3 minimal, 3-4 lett, 5-6 moderat, 7-10 sterk |
| Oswestry funksjonsskår | 42 % | <22% normal/minimal, 22-40% moderat, 41-60% betydelig, >61% særlig uttalt |
| Neck Disability Index | 23 | 0-4 normal, 5-14 mild, 15-24 moderat, 25-34 uttalt, >34 særlig uttalt |
| FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) Fysisk aktivitet | 9 | <14 ubetydelig, 14 -16 moderat, ≥17 høy |
| FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) Arbeid | 15 | <20 ubetydelig, 20-24 moderat, ≥25 høy |
| HSCL 10 | 3,5 | <1.84 ubetydelige plager, ≥1.85 betydelige plager |
| Helseproblem siste 30 dogn | 45 | |
| EQ5D-L VAS | 45 | 100-90% god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse |
| EQ5D-L | 0,268 | >0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt helse/helsereelatert livskvalitet |

Figur 38: Oppsummering av pasientsvar tilgjengelig for pasientens behandler

NNRR har derfor bestilt skreddersøm av MRS-5 og dermed investert slik at denne løsningen videreføres i ny teknisk løsning. Det er også bedt om at denne oppsummeringen enkelt kan omgjøres til et tekstformat. Relevant tekst fra oppsummering, som er diskutert med pasienten ved konsultasjon, kan dermed med letthet kopieres og limes inn i pasientjournal.

Målet med et kvalitetsregister er at data blir brukt i kvalitetsarbeid, enten lokalt eller nasjonalt. I 2023 skal NNRR arrangere et webinar for alle enheter hvor man gjennomgår hvordan man enkelt kan hente ut egne data fra MRS-databasen, men dette ble utsatt grunnet ny teknisk løsning. Dette planlegges å gjennomføres i høst 2024. Enhetene kan dermed enkelt få innsikt i hvilke pasienter man har lokalt, hvordan tiltak som gjøres i utredning og hva som er anbefalt videre behandling samt informasjon om hvordan det går med disse pasientene. Målet er at man kan bruke denne innsikten som beslutningsstøtte og

andre små eller store kvalitetsprosjekter.

9.2.6 Formidling av resultater

Det er ønskelig at gode kvalitetsprosjekter og forskning som benytter NNRR blir presentert til hele fagmiljøet. Et alternativ er webinar. HIANor og Oslo MET har begge benyttet NNRR til forskning og preliminare resultater ble presentert på fagdag i februar 2024. Slik nasjonal presentasjon vil kontinueres enten på fagdag eller webinar.

NNRR har hatt møter med SKDE igjen i 2024 og purret på prosess med å få NNRR presentert på Rapporteket. Trolig vil dette bli lettere når NNRR er portert til MRS-5.

Som nevnt i avsnittet Registerbeskrivelse er oppdatering av metadata og dataprodukt for alle variabler i kodeboken ferdigstilt og tilgjengeliggjort på NNRRs nettside. Det er ukjent når NNRR vil prioriteres til nasjonal portal www.helsedata.no

NNRR har utlevert data til flere forskningsprosjekter og forventer flere publiseringer i 2024-2025.

9.2.7 Ressursbehov

Økt tilknytning og økt pasientmasse har ført til økt arbeidsmengde for daglig leder. Hans stilling er våren 2024 økt fra 50 % til 60 % stilling. Faglig leder jobber i 20 %, men grunnet legemangel på klinisk avdeling har det vært vanskelig å frigjøre denne prosentandelen til registerarbeid. Fokus på begrensede ressurser har derfor vært drift og sikring av datakvalitet. Man har i liten grad klart å løfte blikket og dra i gang kvalitetsforbedringsprosjekter lokalt og nasjonalt. Flere andre register med lignende størrelse har større og flere stillingsandeler, for eksempel Ryggkirurgiregisteret. Om man skal satse på NNRR ved å løfte kvalitet og tilrettelegge for bruk i forsinking må registeret ha mere ressurser i tiden framover.

10 Litteratur

1. Seymour, R.A., *The Use of Pain Scales in Assessing the Efficacy of Analgesics in Postoperative Dental Pain*. European Journal of Clinical Pharmacology, 1982. **23**(5): p. 441-444.
2. Grotle, M., J.I. Brox, and N.K. Vollestad, *Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index*. J Rehabil Med, 2003. **35**(5): p. 241-7.
3. Fairbank, J.C., et al., *The Oswestry low back pain disability questionnaire*. Physiotherapy, 1980. **66**(8): p. 271-3.
4. Vernon, H. and S. Mior, *The Neck Disability Index: a study of reliability and validity*. J Manipulative Physiol Ther, 1991. **14**(7): p. 409-15.
5. Johansen, J.B., et al., *Reliability and responsiveness of the Norwegian version of the Neck Disability Index*. Scand J Pain, 2014. **5**(1): p. 28-33.
6. Garratt, A.M., et al., *Evaluation of the EQ-5D-3L and 5L versions in low back pain patients*. Health and Quality of Life Outcomes, 2021. **19**(1).
7. Mandy van Reenen, B.J., Elly Stolk, Kristina Secnik Boye, Mike Herdman, and T.K.-M. Matthew Kennedy-Martin, Bernhard Slaap. *EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide*. 2019 [cited 2022 13.12.22].
8. Brooks, R., *EuroQol: the current state of play*. Health Policy, 1996. **37**(1): p. 53-72.
9. Ursin, H., I.M. Endresen, and G. Ursin, *Psychological factors and self-reports of muscle pain*. Eur J Appl Physiol Occup Physiol, 1988. **57**(3): p. 282-90.
10. Eriksen, H.R., et al., *Prevalence or subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993*. European Journal of Public Health, 1998. **8**(4): p. 294-298.
11. Derogatis, L.R., et al., *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory*. Behav Sci, 1974. **19**(1): p. 1-15.
12. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nord J Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-8.
13. Waddell, G., et al., *A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability*. Pain, 1993. **52**(2): p. 157-168.
14. Grotle, M., J.I. Brox, and N.K. Vollestad, *Reliability, validity and responsiveness of the fear-avoidance beliefs questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version*. J Rehabil Med, 2006. **38**(6): p. 346-53.
15. Grimby, G., et al., *The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research*. Scand J Med Sci Sports, 2015. **25 Suppl 4**: p. 119-25.
16. Lærum E, B.J., Storheim K et al. *Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelse*. 2007.
17. Safety, A.C.o. and Q.i.H. Care, *Low Back Pain Clinical Care Standard*. 2022.
18. Excellence, N.I.f.H.a.C. *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management 2020; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33090750>.
19. Austevoll, I.M., et al., *Follow-up score, change score or percentage change score for determining clinical important outcome following surgery? An observational study from the Norwegian registry for Spine surgery evaluating patient reported outcome*

- measures in lumbar spinal stenosis and lumbar degenerative spondylolisthesis.* BMC Musculoskelet Disord, 2019. **20**(1): p. 31.
20. Farrar, J.T., et al., *Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale.* Pain, 2001. **94**(2): p. 149-158.
 21. EuroQol, G., *EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life.* Health Policy, 1990. **16**(3): p. 199-208.
 22. Solberg, T.K., et al., *Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery.* Eur Spine J, 2005. **14**(10): p. 1000-7.
 23. Kleppang, A.L. and C. Hagquist, *The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway.* Fam Pract, 2016. **33**(6): p. 740-745.
 24. Aasdahl, L., et al., *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) Does it Really Measure Fear Beliefs?* Spine, 2020. **45**(2): p. 134-140.
 25. Foster, N.E., et al., *Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions.* Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2368-2383.
 26. Hartvigsen, J., et al., *What low back pain is and why we need to pay attention.* Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2356-2367.
 27. Bruun, T., et al., *Folkehelse rapporten-kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018.* 2018.
 28. Bjørneboe, J., et al., *Symptom burden and follow-up of patients with neck and back complaints in specialized outpatient care: a national register study.* Scientific Reports, 2024. **14**(1): p. 3855.
 29. Tyrdal, M.K., et al., *Neck and back pain: Differences between patients treated in primary and specialist health care.* J Rehabil Med, 2022. **54**: p. jrm00300.

