

Årsrapport 2024

RESULTATER OG FORBEDRINGSTILTAK

Norsk nakke- og ryggregister

Maja Wilhelmsen ¹⁾
Kjetil M. Samuelsen ¹⁾
Kevin Thon ²⁾

1) Universitetssykehuset Nord Norge HF, Tromsø
2) SKDE

Fagrådet for registeret

Lars Vikan Rise ²⁾
Kjersti Myhre (fagrådsleder) ⁶⁾
Arild Kjetsås ¹⁰⁾
Ståle Mathiassen ⁴⁾
Thomas Kadar ⁵⁾
Christoph Schäfer ¹⁾
Mathias Jensen Jeppesen ⁹⁾
Kristina Milosevic ³⁾
Thor Einar Holmgard ⁷⁾
John Bjørneboe 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
10) Sørlandet sykehus HF

Kontaktinformasjon

Faglig ledelse

Maja Wilhelmsen, Overlege, UNN, maja.wilhelmsen@unn.no

Daglig ledelse

Kjetil M. Samuelsen, Spesialfysioterapeut, UNN,
kjetil.magne.samuelsen@gmail.com

Registersekretær

Elin Golde, nakkeryggereg@unn.no

Postadresse

Norsk Nakke- og Ryggregister
Postboks 20
9038 Tromsø

<https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/norsk-nakke-og-ryggregister/>

NORSK NAKKE OG RYGGREGISTER

Oversiktsbilde 2024

Dekningsgrad

77,3%

Antall nye pasienter



6485

Smertevarighet >2 år



45,3%

Gjennomsnittsalder

47 år

Kjønn



53%



47%

BASELINE PROM

58%

Andel pasienter rapporterer over 1.85 på HSCL-10

61%

Andel pasienter som rapporterer betydelig nedsatt helsetilstand

KVALITETSINDIKATORER

27%

Andel pasienter med tverrfaglig behandling

28%

Andel pasienter som rapporterer klinisk relevant bedring av funksjon etter 6 md

39%

Andel pasienter som rapporterte minimal funksjonsnedsettelse etter 6 md

35%

Andel pasienter som rapporterte klinisk relevant bedring av smerter i hvile

43%

Andel pasienter som rapporterte klinisk relevant bedring av smerter i aktivitet

41%

Andel pasienter som er helt tilbake i jobb etter 6 md

41%

Andel pasienter som rapporterer opplevd bedring etter vurdering/behandling

89%

Andel pasienter som er fornøyd eller nøytral med kontakten med sykehuset

94%

Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale

Innholdsfortegnelse

1	<u>FORKORTELSER BRUKT I RAPPORTEN</u>	5
2	<u>SAMMENDRAG</u>	7
2.1	SUMMARY IN ENGLISH	10
3	<u>RESULTATER</u>	13
3.1	KVALITETSINDIKATORER	13
3.1.1	KI1 ANDEL PASIENTER MED TVERRFAGLIG BEHANDLING	14
3.1.2	KI2 BEDRET FUNKSJON	16
3.1.3	KI3 ANDEL MED MINIMAL FUNKSJONSNEDESETTELSE	18
3.1.4	KI 4 OG 5 BEDRING SMERTE I HVILE OG AKTIVITET (TO KVALITETSINDIKATORER)	20
3.1.5	KI6 TILBAKE I JOBB	23
3.1.6	KI7 OPPLEVD BEDRING ETTER VURDERING/BEHANDLING	25
3.1.7	KI8 ANDEL FORNØYDE PASIENTER	27
3.1.8	KI9 ANDEL SOM MOTTAR MESTRINGSORIENTERT SAMTALE SOM EN DEL AV UTREDNINGEN	29
3.2	PASIENTRAPPORTERTE DATA (PROM/PREM)	31
3.2.1	PROMs	31
3.2.2	PREM	32
3.2.3	SMERTER	33
3.2.4	SMERTER BLANT PASIENTER SOM HAR MOTTATT TVERRFAGLIG BEHANDLING	37
3.2.5	PASIENTOPPLEVD ÅRSÅK TIL SMERTER	39
3.2.6	PSYKISK SYMPTOMTRYKK	40
3.2.7	FUNKSJONSKARTLEGGING	41
3.2.8	FRYKT OG UNNGÅELSESDRIFTER (FEAR-AVOIDANCE) OG HELSERELATERT LIVSKVALITET	44
3.2.9	SUBJEKTIVE HELSEPLAGER	45
3.2.10	FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	46
3.2.11	OPPLEVD BEDRING/NYTT AV BEHANDLING	47
3.3	ANDRE ANALYSER	48
	BAKGRUNNSDATA REGISTRERT AV PASIENTENE	48
	SAMMENSATTE PLAGER	52
	TIDLIGERE GJENNOMGÅTT KIRURGI	54
	PASIENTRAPPORTERT BEHANDLING	55
	ARBEIDSTATUS	58
	DIAGNOSEFORDELING	62
	BEHANDLINGSTILTAK - EN PROSESS	63
4	<u>REGISTERBESKRIVELSE</u>	75
5	<u>DATAKVALITET</u>	78
5.1	TILSLUTNING OG ANTALL REGISTRERINGER	78
5.2	DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE	78
5.2.1	METODE FOR BEREKNING AV DEKNINGSGRAD	78
5.2.2	SISTE BEREGNEDDE DEKNINGSGRAD	79
5.2.3	RESPONSRATE FOR PASIENTRAPPORTERTE DATA	80
5.3	VURDERING AV DATAKVALITET	80

6	<u>PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING</u>	84
6.1	IDENTIFISERTE FORBEDRINGSOMRÅDER	84
6.2	IGANGSATTE/UTFØRTE FORBEDRINGSTILTAK	85
7	<u>FORMIDLING AV RESULTATER</u>	90
8	<u>SAMARBEID OG FORSKNING</u>	93
8.1	SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER OG HELSE- OG KVALITETSREGISTRE	93
8.2	DATAUTLEVERINGER FRA REGISTERET	93
8.3	VITENSKAPELIGE ARTIKLER	94
9	<u>REFERANSER TIL VURDERING AV STADIUM</u>	96
9.1	VURDERINGSPUNKTER	96
10	<u>UTVIKLING AV REGISTERET</u>	98
10.1	REGISTERETS OPPFØLGING AV FJORÅRETS VURDERING FRA EKSPERTGRUPPEN	98
10.1.1	TILSLUTNING	98
10.1.2	DATAFANGST	98
10.1.3	DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE	99
10.1.4	KORREKTHET OG RELIABILITET	99
10.1.5	KVALITETSFORBEDRING AV SYNLIGGJØRING AV FAGLIG ETTERLEVELSE	100
10.1.6	KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKTER LOKALT OG NASJONALT	100
10.2	PLANER OG BEHOV	100
10.2.1	DATAFANGST	100
10.2.2	DATAKVALITET OG VALIDERING	101
10.2.3	FAGUTVIKLING OG KVALITETSFORBEDRING AV TJENESTEN	102
10.2.4	FORMIDLING AV RESULTATER	102
10.2.5	SAMARBEID OG FORSKNING	102
10.2.6	ANNET	103
11	<u>LISTE OVER FIGURER</u>	104
12	<u>LISTE OVER TABELLER</u>	106
13	<u>LITTERATURLISTE</u>	107

1 Forkortelser brukt i rapporten

Forklaring	Forkortelse
Nakke- og Rygg	N/R
Norsk nakke- og ryggregister	NNRR
Universitetssykehuset Nord-Norge	UNN
Oslo Universitetssykehus	OUS
Pasientrapporterte utfallsmål (Patient Reported Outcome Measure)	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 (Patient Reported Experience Measure)	PREM
Numerisk smerteskala (Numeric Rating Scale)	NRS
Rygg funksjonsskår (Oswestry Disability Index)	ODI
Nakke funksjonsskår (Neck Disability Index)	NDI
Helserelatert livskvalitet målt med EQ5D-5L og EQ-Visual Analog Scale	EQ5D-5L EQ-VAS
Subjektive helseplager (Subjective Health Complaints)	SHC
Hopkins skjema for psykisk symptomtrykk (Hopkins Symptoms CheckList – 10 Items)	HSCL-10
Spørreskjema for smerte, fysisk aktivitet og jobb (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire)	FABQ
Skala for fysisk aktivitetsnivå (Saltin Grimby Physical Activity Level Scale)	SGPALS
Pasientopplevd bedring/endring (Patient Global Impression of Change)	PGIC
Minste klinisk relevante endring (Minimum Important Change)	MIC

Del 1

Resultater fra registeret

2 Sammendrag

Hovedfunn 2024

- 16 av 16 enheter er nå tilknyttet NNRR – og registeret har dermed 100 % tilslutningsgrad
- Fortsatt økning i antall registreringer – både på grunn av økt dekningsgrad, samt tilslutning av nye enheter.
- Økning i etterspørsel av bruk av registerets data, samt flere nye vitenskapelige publiseringer – blant annet en kohortartikkel som beskriver registerets pasientpopulasjon og to artikler som har vurdert registerets PROMs evne til å avdekke klinisk relevant endring hos pasientene som er inkludert i NNRR.
- Dekningsgrad går opp til 77,3 %, men fremdeles stor variasjon mellom enhetene.
- Opprettholdelse av oppfølgingsrate ved 6 måneder og ved 12 måneder på hhv. 66,4 og 60,4 %.
- Kvalitetsindikatorer viser i stor grad samme resultater som tidligere år – men man gjør oppmerksom på at utregning for tre kvalitetsindikatorer er endret fra foregående år basert på ny forskning på registerets PROMs.
- Fortsatt stor geografisk variasjon i prosessindikator som måler andel som mottar tverrfaglig behandling – noe som viser at det er forskjeller i tilbud mellom enhetene.
- Som tidligere år har er en høy andel av pasienter «gule flagg» – herunder forhøyet psykisk symptomtrykk, komorbiditet, arbeidsutfordringer, etc.
- Man implementerte flere språkvalg for utfylling i 2024 - og man ser at totalt 5,1 % velger enten engelsk eller polsk, mens 94,9 % velger norsk bokmål eller nynorsk.

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 rygg smerter. 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 2024 vurdert å tilfredsstille krav for stadium 3A, og opprettholdt dermed nivå fra 2022/2023.

Tilslutning, dekningsgrad og oppfølgingsrate

I 2024 knyttet tre enheter seg til registeret – og ved utgangen av 2024 var dermed alle 16 aktuelle enheter knyttet til registeret. To av de tre enhetene startet å levere data i 2024, mens den siste enheten startet levering primo 2025. Antall pasientregistreringer økte fra 5890 til 6485 unike pasienter. Dekningsgraden økte marginalt fra 76,1 % i 2023 til 77,3 % i 2024. Man ser noe uønsket variasjon i dekningsgrad - fra 61 % til 93,5 % - ved de respektive enhetene. Dette viser at registeret

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

Oppfølgingsratene for 6 (66,4 %) og 12 måneders (60,4 %) pasientskjema er opprettholdt fra foregående år.

Pasientpopulasjon

I hovedsak skal nakke- og ryggplager ifølge faglige retningslinjer [1] ivaretas av primærhelsetjenesten, men ved langvarige plager anbefales det å vurdere utredning i spesialisthelsetjenesten. 92 % av inkluderte pasienter i NNRR har hatt smerter i over tre måneder og 45,3 % har hatt smerter over to år. Kun 55 % mottar et tilbud fra spesialisthelsetjenesten innen 50 dager fra henvisning. I tillegg er det en nasjonal variasjon i andel med ventetid innen 50 dager på 17-95 % - som viser at det er betydelig variasjon i tilbud ved de ulike enhetene.

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). 54 % har tre eller flere tilleggssymptomer ved utredning. En høy andel av pasientene rapporterer at de tror skade i skjelett (37,2 %), skade i muskulatur (32,9 %), skade i nerve (36,1 %) eller arbeidsbelastning (39,6 %) er årsak til smerter i ryggen. Til sammenligning tror kun 11,4 % at følelsesmessig belastning er årsak til smertene. Kun 44,8 % 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 77 % 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 94 % av pasientene mottar en mestringsorientert samtale, 92 % får gjennomgått sine billedfunn og 88 % får individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter. 81 % 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 2024 oppdatert hva som regnes som klinisk relevant endring for kvalitetsindikatorene 2, 4 og 5 basert på forskning gjort på registerets data [2]. Resultater fra disse er derfor ikke direkte sammenlignbare med resultater fra foregående år. Registeret ser tydelig regionale variasjoner 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 ikke det satte måltallet (30 %) for andel pasienter som bør motta tverrfaglig behandling – dette var en nedgang fra 30 % i 2023 til 27 % i 2024. Andelen varierer svært mye mellom poliklinikkene fra 5 til 66 %. På registerets fagdag i 2024 kom det tydelig fram at enhetene organiserte sine tverrfaglige tilbud svært forskjellig.

Faglige retningslinjer anbefaler også fokus på pasientens mestring i forhold til sine ryggplager. Det

registreres derfor om det gis mestringsorientert samtale. Man har satt et nasjonalt måltall på 95 % for høy måloppnåelse og 85 % for moderat måloppnåelse. Nasjonalt oppnår alle enheter minimum moderat måloppnåelse, og den nasjonale andelen er 94 %, med en variasjon fra 86-100 % mellom enhetene.

Nasjonalt viser 28 % av pasientene klinisk relevant bedring (ønsket bedring i ODI minimum 10 poeng) i ryggrelatert funksjon (med en nasjonal variasjon fra 15 til 31 %). Andelen som rapporterer minimal funksjonsnedsettelse (en skår på 23 eller lavere på ODI vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon) ved oppfølging var 39 % (33-50 %).

Andel som rapporterer klinisk relevant bedring av smerte (2 poeng eller mer reduksjon i smertegrad hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk relevant endring av smerteintensitet) i hvile var 35 % (26-40 %), og i aktivitet 43 % (28-47 %). 45 % rapporterer at de er kommet tilbake til full jobb etter 6 måneder.

Andelen som rapporterer bedring av vurderingen/behandlingen ved sykehuset, var 41 % (25-58 %). Andelen som er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset var 89 % (84-96 %).

Kvalitetsforbedring og registerutvikling

Det er avdekt flere områder som er aktuelle for kvalitetsforbedringstiltak – se kapittel 6 og 10 for full oversikt. Det ble i 2024 blant annet fullført et nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om å øke andel pasienter som har behov for tolk/er ikke-norsk som mottar tverrfaglig behandling. Andelen økte fra 8,7 % til 31,7 % etter prosjektet [3]. 5,1 % bruker enten engelsk eller polsk som utfyllingsspråk på pasientskjemaet, mens 94,9 % bruker norsk bokmål or nynorsk. Dette viser at ved å gjøre pasientskjemaer tilgjengelig på flere språk, så kan man potensielt øke dekningsgrad ytterligere.

Det ble i 2024 og i starten av 2025 publisert to artikler som vurderte registerets PROMs evne til å registrere endring – og hva som er minste klinisk relevante endring på disse for at pasienten skal rapportere bedring. Basert på disse resultatene reviderte registeret tre kvalitetsindikatorer. NNRR gjennomfører også en valideringsundersøkelse av oppfølgingsdata ila 2025 og publiserte Metadata på Helsedata.no i juni 2025. NNRR gjennomgikk også en omfattende porteringsprosess der registeret gikk over fra Medisinsk Register System Classic til Medisinsk Register System 5.0. Overgangen til MRS5.0 gjør det lettere for lokale enheter å holde oversikt over skjemaer som skal fylles ut. NNRR implementerte også i årsskiftet 2023/2024 årlige digitale enhetsmøter med hver enkelt enhet for å følge opp registreringsrutiner og lokal bruk av registerdata. Dette har bedret lokal oppfølging og avdekt eventuelt feil i lokal registrering/telling av pasienter. Registeret planlegger i 2025 å starte opp fysiske møter med hver enhet annethvert år – dette er muliggjort på grunn av økte økonomisk bevilgninger til registeret i 2025.

Konklusjon

NNRR har i 2024 fortsatt den gode framgangen registeret opplevde fra foregående år. Man ser også i stor grad likhet i svar på PROMs/PREMs som ved foregående år, med til dels store geografiske forskjeller i både tilbud og resultater. Man har lyktes med å knytte til seg de tre siste enhetene i 2024, og er dermed å anse som et komplett register. NNRR må likevel jobbe videre med å øke dekningsgrad hos flere enheter, samt kontinuere pågående kvalitetsforbedring.

2.1 Summary in English

Main results 2024

- 16 of 16 units are now reporting to the Norwegian Neck and Back Registry (NNRR)
- There is still an increase in the number of registrations – due to an increase in response rate and an increase in number of units reporting to the registry
- There is an increase in applications of use of the registry's data. There's also been an increase in scientific publications in peer reviewed journals – among other a cohort article which describes the registry's patient population and two articles evaluating the registry's PROMs ability to detect change in the patients function level and pain.
- The baseline form response rate increased to 77,3 %, but there is still great variation between the different units.
- The response rates of the 6- and 12-months follow-up forms are 66,4 % and 60,4 % respectively.
- The quality indicators show similar results as years past.
- There is still large geographical variation in the quality indicator measuring the proportion of patients who receive multi-disciplinary treatment options – which again show that there are geographical differences in the treatment offered to the patients.
- Like previous years, a large proportion of the patients have “yellow flags” – among other a higher degree of psychological problems, comorbidities, work challenges, etc.
- New options for which language to fill out the patient form were made available during 2024 – and 5,1 % use either English or Polish, while 94,9 % use Norwegian Bokmål or Nynorsk.

Background

Musculoskeletal disorders are the most frequent cause of sick leave in Norway and the second most frequent cause of disability. Low back pain and neck pain are the largest causes of non-fatal health loss. The Norwegian Neck and Back Registry (NNRR) is a service registry. The target group is adult patients with neck and back problems who are examined and treated at the interdisciplinary neck and back outpatient clinics at hospitals in Norway. The purpose of the registry is to improve the quality of patient care at the specialized interdisciplinary neck and back outpatient clinics, as well as to map regional differences in treatment services.

The annual report for the Norwegian Neck and Back Registry contains an account of the registry's data quality, patient population and describes the hospitals' compliance with national guidelines recommended for neck and back pain. The NNRR also reports on patients' satisfaction in meetings with health personnel at neck and back outpatient clinics and subjective experiences of - among other things - function, pain and work status six and twelve months after examination. The annual report also contains an account of how the register is used in discussions and measures to achieve the best possible quality of the service to the patient group. The individual hospitals have ongoing (online) access to their own updated and national results.

Data from the NNRR is currently used in several research projects and quality improvement projects. In 2024, the NNRR was assessed to meet the requirements for stage 3A, thus maintaining the level from 2022/2023.

Units reporting to the registry and response rates

In 2024, three new units joined the registry – and by the end of 2024, all 16 relevant units were linked to the registry. Two of the three units started reporting data in 2024, while the last unit started reporting in early 2025. The number of patient registrations increased from 5890 to 6485 unique patients. The response rate increased marginally from 76.1 % in 2023 to 77.3 % in 2024. Some

undesirable variation in coverage rate - from 61 % to 93.5 % - is seen at the respective units. This shows that the registry still needs to work to improve coverage locally – especially to achieve 80 % national coverage (which is the criterion for reaching level 4.)

The follow-up response rates for 6 (66.4 %) and 12-month (60.4 %) patient forms have been maintained from the previous year.

Patient population

According to professional guidelines [1], neck and back problems should mainly be treated by primary health care, but in the case of long-term problems, it is recommended to consider an assessment in the specialist health care service. 92 % of patients included in the NNRR have had pain for more than three months and 45.3 % have had pain for more than two years. Only 55 % receive an offer from the specialist health care service within 50 days of referral. In addition, there is a national variation in the proportion with a waiting time within 50 days of 17-95 % - which shows that there is significant variation in the services offered at the different units.

The guidelines also highlight that patients with an increased risk of the pain condition becoming long-lasting or having frequent relapses should be considered for treatment in the specialist health care service (yellow flags). These factors include the patient's pessimistic beliefs related to the pain condition, work-related problems, additional symptoms and emotional problems. NNRR shows that 58 % of patients score above the cut-off value indicating high psychological symptom burden (HSCL-10 PROMs). 54 % have three or more additional symptoms at assessment. A high proportion of patients report that they believe skeletal injury (37.2 %), muscular injury (32.9 %), nerve injury (36.1 %) or work strain (39.6 %) is the cause of back pain. In comparison, only 11.4 % believe that emotional strain is the cause of the pain. Only 44.8 % are in gainful employment at assessment, while a large proportion of the remaining patients are on sick leave or receive other forms of social security benefits.

These results show that this is a patient population where a large proportion has one or more yellow flags. Healthcare professionals also report that 77 % of patients have a patient course that is complicated by yellow flags. Professional guidelines recommend using biopsychosocial assessment with a focus on safety-creating communication, coping focus, work-oriented measures and possibly interdisciplinary treatment individually or in a group for yellow flags. Healthcare professionals indicate that 94 % of patients receive a coping-oriented conversation, 92 % have their imaging findings reviewed and 88 % receive individual counseling regarding lifestyle and/or medications. 81 % of patients have their functional capacity related to work and education mapped.

Overall, this shows that it is mainly the right patients who are referred to neck and back outpatient clinics, and that yellow flags are largely addressed in accordance with current guidelines.

Quality indicators

NNRR reports on nine quality indicators with target numbers – seven of which are outcome indicators and two are process indicators. For 2024, NNRR has updated what is considered a clinically important change for quality indicators 2, 4 and 5 based on research conducted on the registry's data [2]. Results from these are therefore not directly comparable with results from previous years. The registry clearly sees regional variations in services and variations in treatment outcomes. This provides a basis for looking at measures for improvement.

Professional guidelines recommend multi-disciplinary treatment for a sample of patients. Nationally, the target number (30 %) for the proportion of patients who should receive multi-disciplinary treatment was not achieved – this was a decrease from 30 % in 2023 to 27 % in 2024. The proportion

varies greatly between outpatient clinics from 5 to 66 %. At the registry's gathering of the units in 2024, it became clear that the units organized their interdisciplinary services very differently.

Professional guidelines also recommend focusing on the patient's coping with their back problems. It is therefore recorded whether coping-oriented conversations are given. A national target figure of 95 % has been set for high goal achievement and 85 % for moderate goal achievement. Nationally, all units achieve at least moderate goal achievement, and the national proportion is 94 %, with a variation from 86-100 % between the units.

Nationally, 28 % of patients show clinically important improvement (desired improvement in ODI of at least 10 points) in back-related function (with a national variation from 15 to 31 %). The proportion reporting minimal functional impairment (a score of 23 or lower on the ODI is considered as the patient has minimally reduced function) at follow-up was 39 % (33-50 %).

The proportion reporting clinically important improvement in pain (2 points or more reduction in pain level in the individual patient from consultation to follow-up is considered as clinically important change in pain intensity) at rest was 35 % (26-40 %), and in activity 43 % (28-47 %). 45 % report that they have returned to full work after 6 months.

The proportion reporting improvement from the assessment/treatment at the hospital was 41 % (25-58 %). The proportion who was satisfied or neutral with contact with hospital staff was 89 % (84-96 %).

Quality improvement and registry improvement

Several areas have been identified that are relevant for quality improvement measures – see chapters 6 and 10 for a full overview. In 2024, a national quality improvement project was completed with the goal of increasing the proportion of patients who needed an interpreter and who received interdisciplinary treatment. The proportion increased from 8.7 % to 31.7 % after the project [3]. 5,1 % use either English or Polish to fill out the patient form, while 94,9 % use Norwegian bokmål or Nynorsk. This shows that making new languages available have the potential to increase the response rate.

Two articles were published in 2024 and early 2025 that assessed the registry's PROMs ability to record change – and what is the minimum clinically important change in these for the patient to report improvement. Based on these results, the registry revised three quality indicators. NNRR is also conducting a validation study of follow-up data in 2025 and published Metadata on Helsedata.no in June 2025. NNRR also underwent an extensive process of upgrade in which the registry transitioned from Medisinsk Register System Classic to Medisinsk Register System 5.0. The transition to MRS5.0 makes it easier for local units to keep track of forms to be filled out. NNRR also implemented annual digital unit meetings with each unit at the turn of 2023/2024. The aims of the meetings are follow-up on registration routines and local use of registry data. This has improved local follow-up and revealed any errors in local registration/counting of patients. The registry plans to start physical meetings with each unit every two years in 2025 – this is made possible due to increased financial allocations to the registry in 2025.

Conclusion

In 2024, NNRR has continued the positive progress the registry experienced from the previous year. One also sees a large degree of similarity in responses to PROMs/PREMs as in the previous year, with partly large geographical differences in both offerings and results. The last three units started reporting in 2024 and the registry can thus be considered a complete registry. NNRR must nevertheless continue to work on increasing the response rate at several units, as well as continuing ongoing quality improvement.

3 Resultater

3.1 Kvalitetsindikatorer

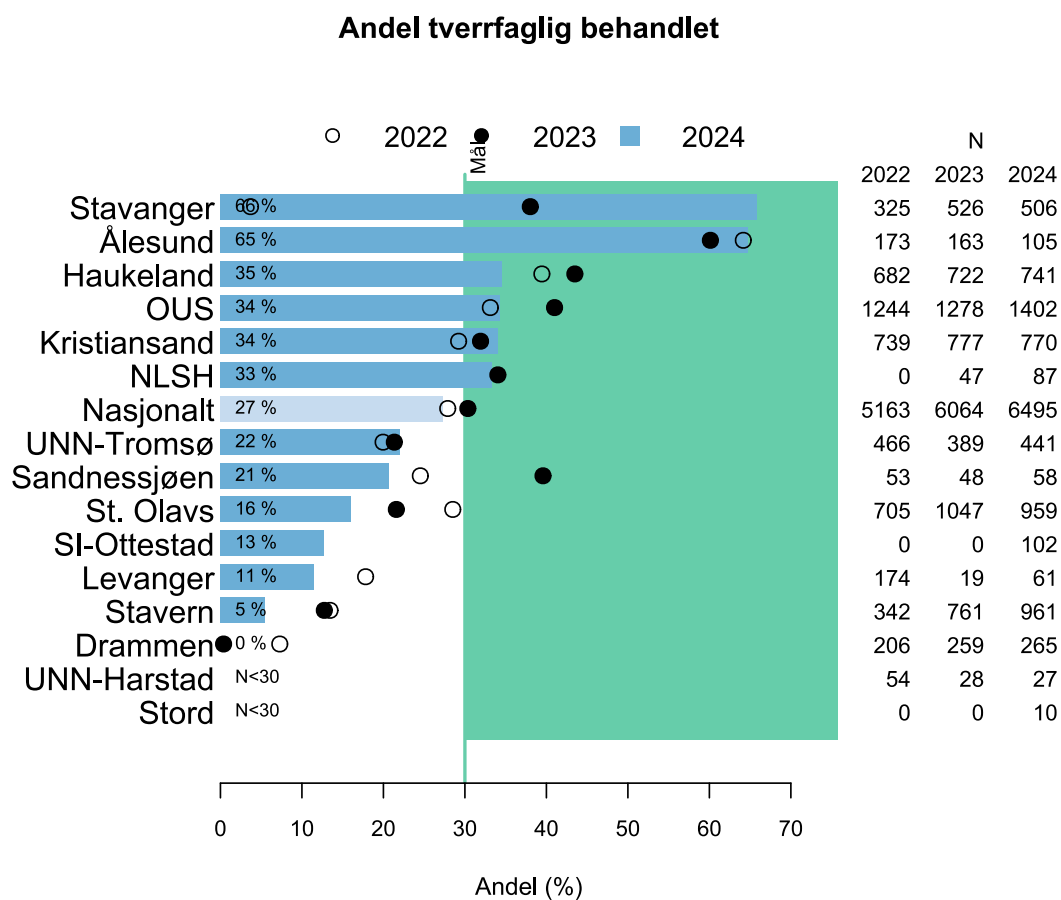
NNRR har ni kvalitetsindikatorer (KI); to prosessindikatorer (KI 1 og K9), og syv resultatindikatorer (KI 2-8). Disse kvalitetsindikatorene er spesifiserte med måltall. For prosessindikatorene er data hentet fra behandlerskjema. Alle resultatindikatorene tar utgangspunkt i oppfølgingsskjema som sendes ut seks måneder etter utredende konsultasjon og samles inn i løpet av rapporteringsåret. Det vil si at resultatindikatorene inkluderer pasienter som ble utredet *fra 01.07.23 til 30.06.24*, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.

Kvalitetsindikator	Måltall høy måloppnåelse	Måltall moderat måloppnåelse	Nasjonal måloppnåelse
1. Andel pasienter med tverrfaglig behandling	30 %	Ingen	NEI
2. Bedret funksjon	30 %	25 %	NEI
3. Andel med minimal funksjonsnedsettelse	40 %	35 %	NEI
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 %	NEI
9. Andel som mottar mestringsorientert samtale	95 %	85 %	NEI

Tabell 1: Oversikt over kvalitetsindikatorer 2024

3.1.1 KI1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling

Definisjon/beskrivelse	<i>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 oppfølgende 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 01.01.24-31.12.24.</i>
Type indikator	<i>Prosessindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: =/ > 30 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>Tverrfaglig behandling anbefales i nasjonale og internasjonale retningslinjer [1, 4, 5]. «Tverrfaglig» er i denne sammenhengen forstått som behandling som involverer to eller flere faggrupper iht. definisjon gitt i nasjonale retningslinjer [1]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter som fikk tilbud om tverrfaglig behandling Nevner: Antall pasienter som har møtt til utredning og levert pasientskjema ved første konsultasjon</i>



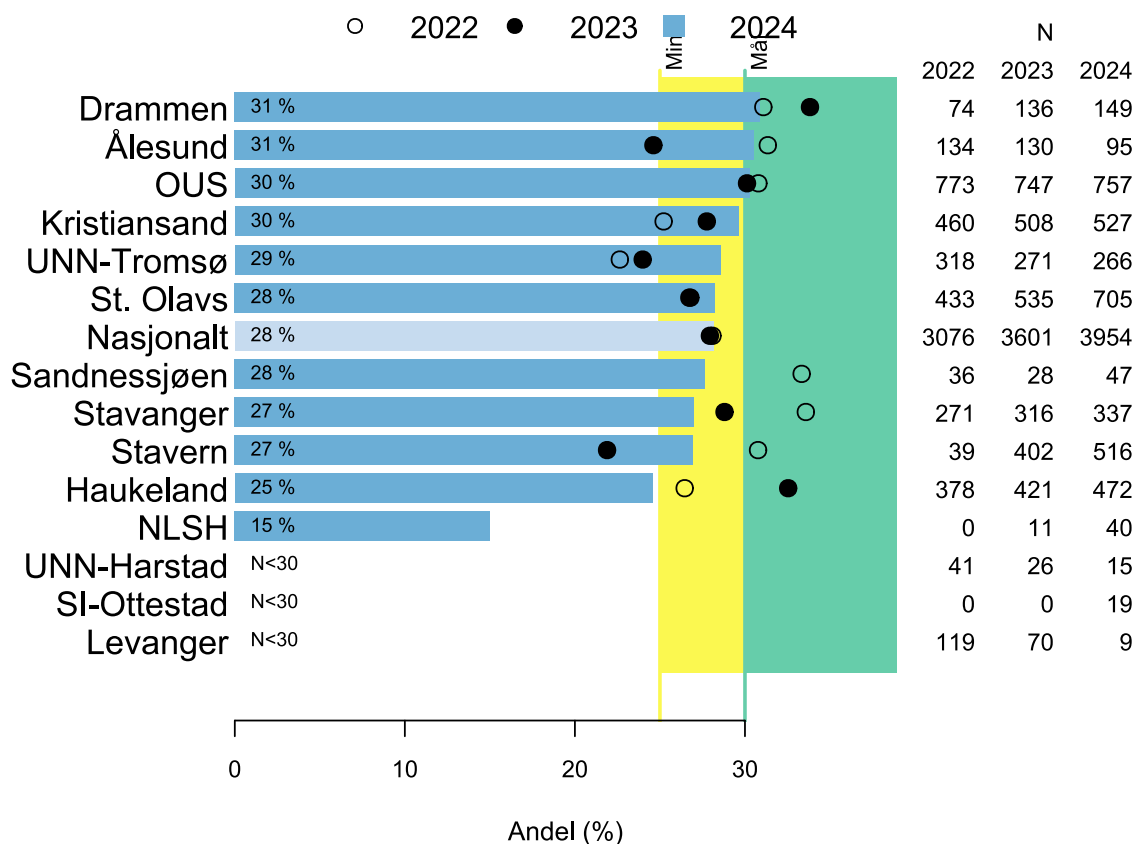
Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år.

For 2024 er andelen som får tilbud om tverrfaglig behandling nasjonalt under måltall, og det er en nedgang fra 2023 da man oppnådde nasjonalt måltall. Som tidligere ser man en stor geografisk variasjon.

3.1.2 KI2 Bedret funksjon

Definisjon/beskrivelse	<i>Andel pasienter med klinisk relevant bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: =/> 30 % Moderat måloppnåelse: 25-29 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter og et mål med behandling er økt funksjon jf. nasjonale retningslinjer [1]. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til ryggsmarter. Oswestry-Disability-Index (ODI) [6, 7], 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 på 0 og 100 poeng, hvor 0 er beste funksjon. Basert på forskning vurderes en klinisk relevant endring i funksjon (ODI) å være 10 poeng eller mer reduksjon fra utgangsscore [2]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter som oppnådde en klinisk relevant bedring på 10 poeng eller mer i ODI-score Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6mnd.</i>

Klinisk viktig endring i ODI



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

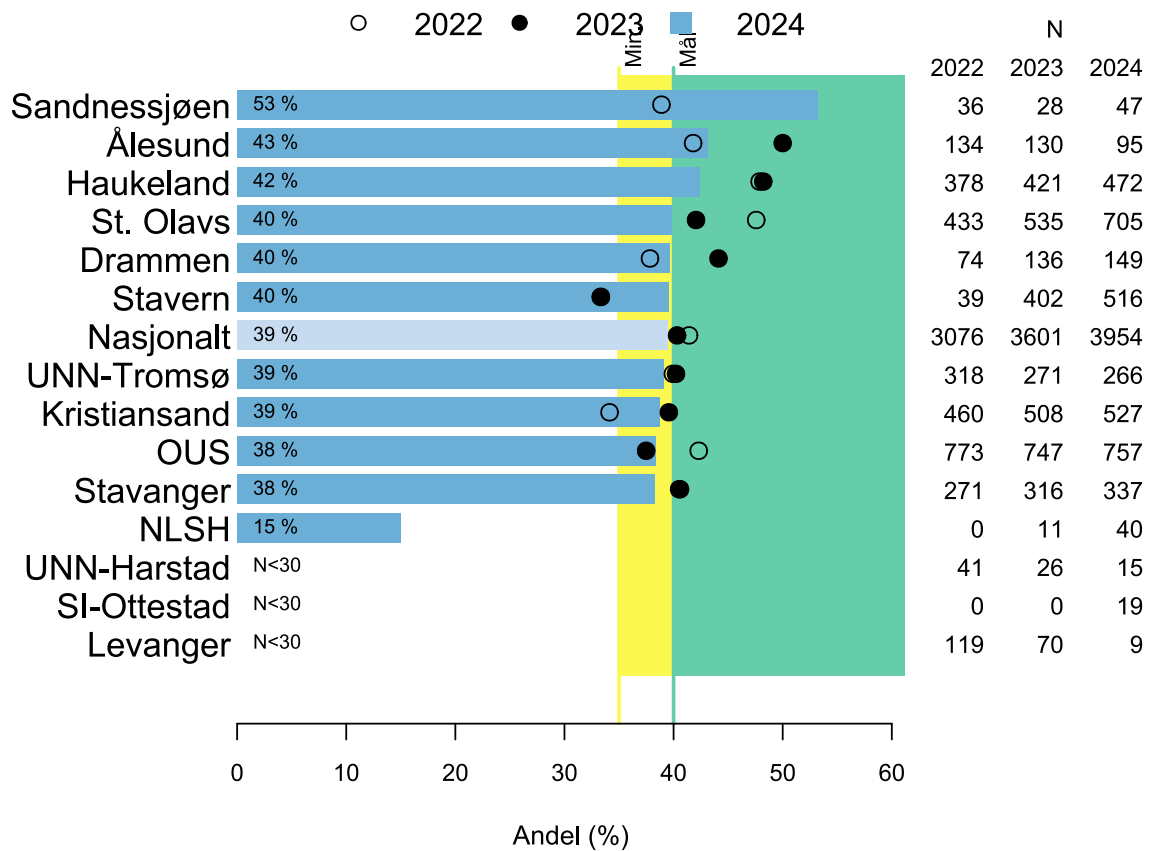
Andel med klinisk relevant bedring av funksjon var i 2024 innenfor moderat måloppnåelse nasjonalt med 28 %. Dette er relativt jevnt med foregående år. Man ser at enkelte enheter har hatt sprik i resultater over de siste tre år, samt at det er noe geografisk sprik i måloppnåelse mellom enhetene.

Det bemerkes at det i denne årsrapporten er endring i hva som regnes som en klinisk relevant endring i ODI-score fra foregående år. Fram til årsrapporten for 2023 ble det vurdert at en klinisk relevant endring var 30 % reduksjon av ODI-score, men etter publiseringen av artikkel skrevet av Skatteboe et.al. [2] der man målte minste klinisk relevant endring på PROMs brukt i NNRR valgte man å endre dette. Man vurderer nå at 10 poeng reduksjon på ODI-score er minste klinisk relevant endring.

3.1.3 KI3 Andel med minimal funksjonsnedsettelse

Definisjon/beskrivelse	<i>Andel pasienter med minimal funksjonsnedsettelse basert på ODI-score etter 6 måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: = /> 40 % Moderat måloppnåelse: 35-39 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter og et mål med behandling er økt funksjon jf. nasjonale retningslinjer [1]. Funksjon måles ved ODI (0 og 100 prosentpoeng, hvor 0 er beste funksjon) [6, 7]. En skår på 23 eller lavere vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon [8]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter med minimal funksjonsnedsettelse basert på ODI-score rapportert på pasientskjema ved 6 mnd Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd.</i>

Andel med minimal funksjonsnedsettelse

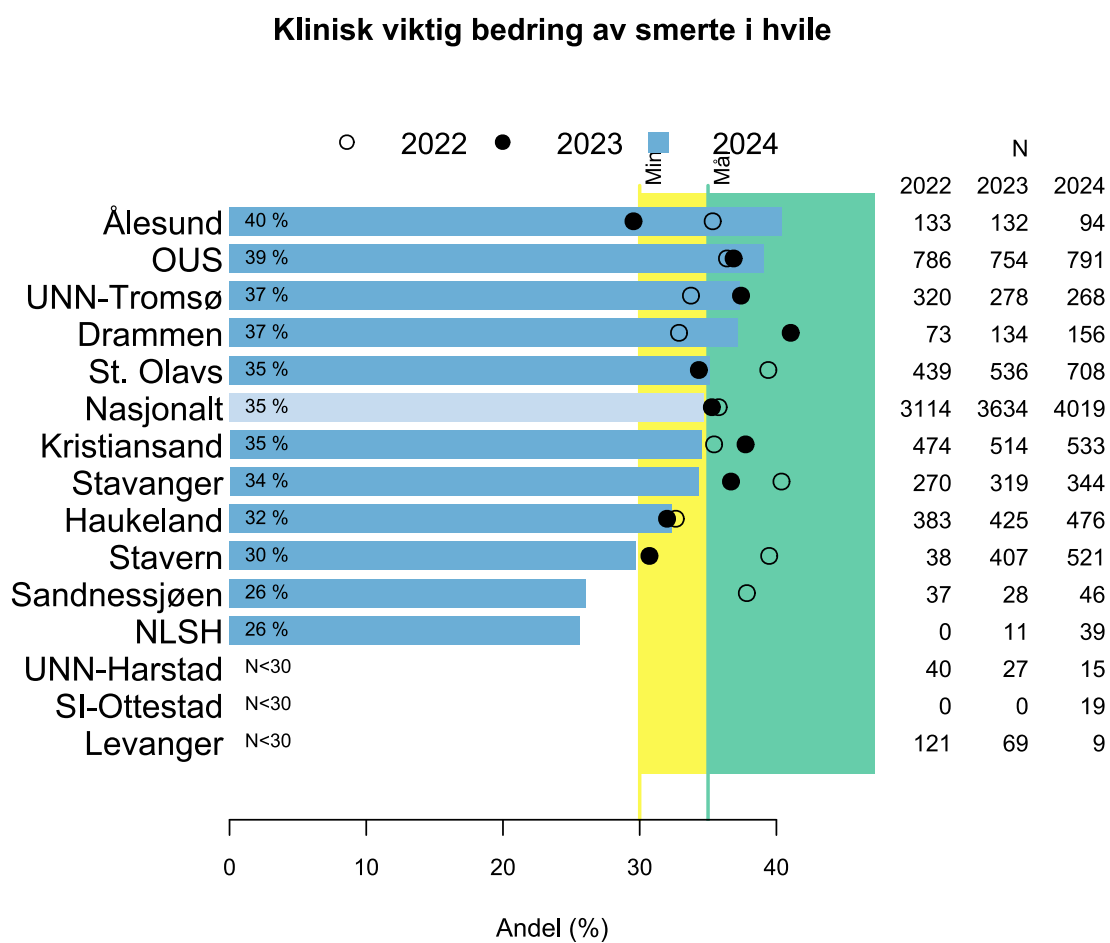


Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Nasjonalt oppnår man moderat måloppnåelse, og marginalt lavere enn foregående år der man akkurat oppnådde nasjonal måloppnåelse. Tre enheter oppnår høy måloppnåelse. Resterende enheter oppnår moderat måloppnåelse, foruten en enhet. Det er til dels stor variasjon nasjonalt fra 15 til 53 %.

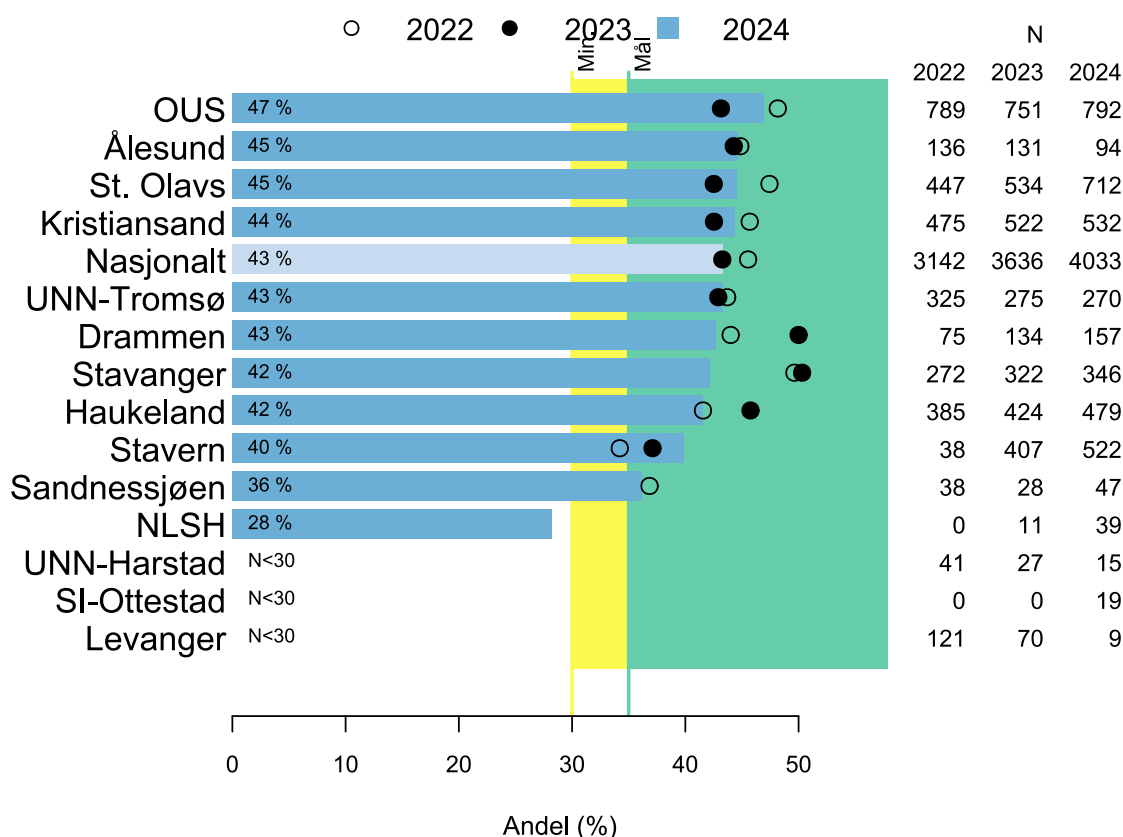
3.1.4 KI 4 og 5 Bedring smerte i hvile og aktivitet (to kvalitetsindikatorer)

Definisjon/beskrivelse	<i>Andel pasienter med klinisk relevant bedring av smerte fra konsultasjon til etter seks måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: =/ > 35 % Moderat måloppnåelse: 25-34 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>Et mål med behandling er reduksjon i smerter jf. nasjonale retningslinjer [1]. 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» [9]. 2 poeng eller mer reduksjon i smerte-skåren hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk relevant endring av smerteintensitet [2]. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter med klinisk relevant bedring på 2 poeng reduksjon i smertegrad på pasientskjema ved 6 mnd. Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd.</i>



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

Klinisk viktig bedring av smerte i aktivitet



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

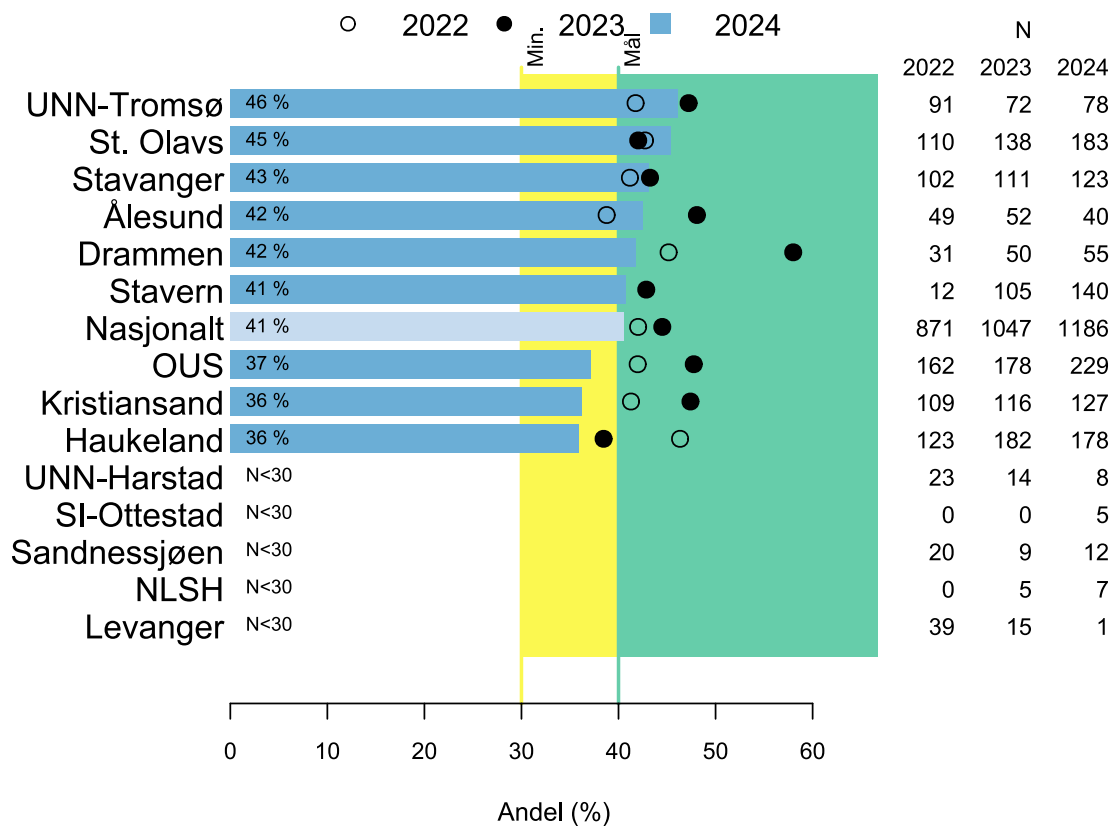
Figurene ovenfor viser at man nasjonalt oppnår høy måloppnåelse ved at 43 % av pasientene opplever klinisk relevant bedring av smerte i aktivitet og 35 % av pasientene opplever klinisk relevant bedring av smerte i hvile. Man ser en nasjonal variasjon i resultat fra 26-40 % for verdi for hvilesmerter, der alle enheter utenom to oppnår minst moderat måloppnåelse i forhold til måltall. Man ser ved smerte i aktivitet en nasjonal variasjon i resultat fra 28-47 %, der alle enheter utenom en oppnår høy måloppnåelse i forhold til måltall.

Det bemerkes at det i denne årsrapporten er endring i hva som regnes som en klinisk relevant endring i smertegrad på NRS fra foregående år. Fram til årsrapporten for 2023 ble det vurdert at en klinisk relevant endring av 30 % reduksjon av smertegrad, men etter publiseringen av artikkel skrevet av Skatteboe et.al. [2] der man målte minste klinisk relevant endring på PROMs brukt i NNRR valgte man å endre dette. Man vurderer nå at 2 poeng reduksjon på smertegrad er minste klinisk relevant endring.

3.1.5 KI6 Tilbake i jobb

Definisjon/beskrivelse	<i>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 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024. Det anmerkes at de som har økt arbeidsdeltakelse, men ikke er fullt tilbake ikke inkluderes (se resultatkapittel for figur på andel med økt arbeidsdeltakelse).</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: =/ > 40 % Moderat måloppnåelse: 30-39 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>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 [1] og et viktig utfallsmål for registerets intervensjoner. Måltall er satt basert på faglig konsensus i fagrådet mai 2024.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter som er helt tilbake i jobb på pasientskjema ved 6mnd. Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd. og var helt eller delvis sykemeldt ved besøksdato.</i>

Andel tilbake i arbeid

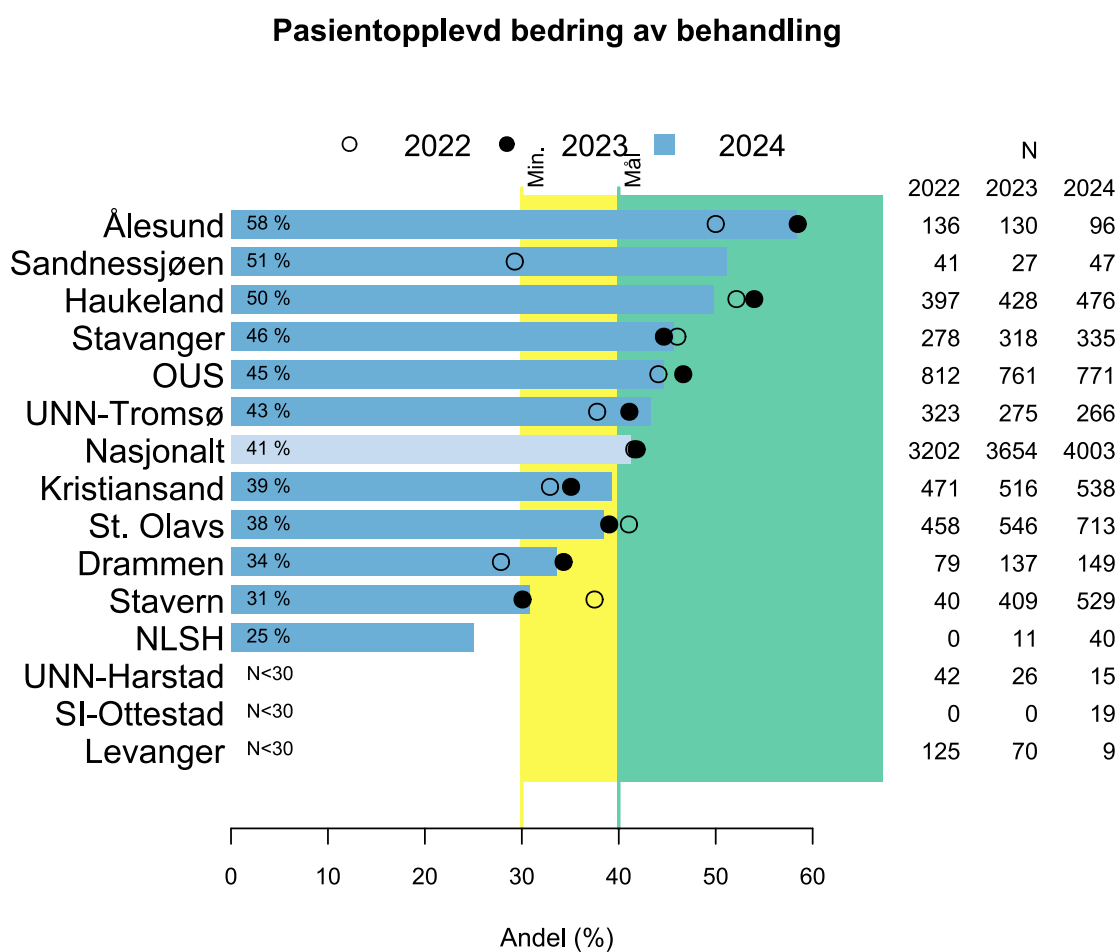


Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Tall fra 2024 viser moderat til høy måloppnåelse ved alle enheter med nok registreringer, samt høy nasjonal måloppnåelse.

3.1.6 KI7 Opplevd bedring etter vurdering/behandling

Definisjon/beskrivelse	<i>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 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: $\geq 40\%$ Moderat måloppnåelse: 30 - 39 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>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. Skjema som benyttes er «Patient Global Impression of Change» [10].</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter som angir at behandlingen de mottok fra sykehuset har ført til bedring av deres plager på pasientskjema ved 6 mnd. Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd.</i>



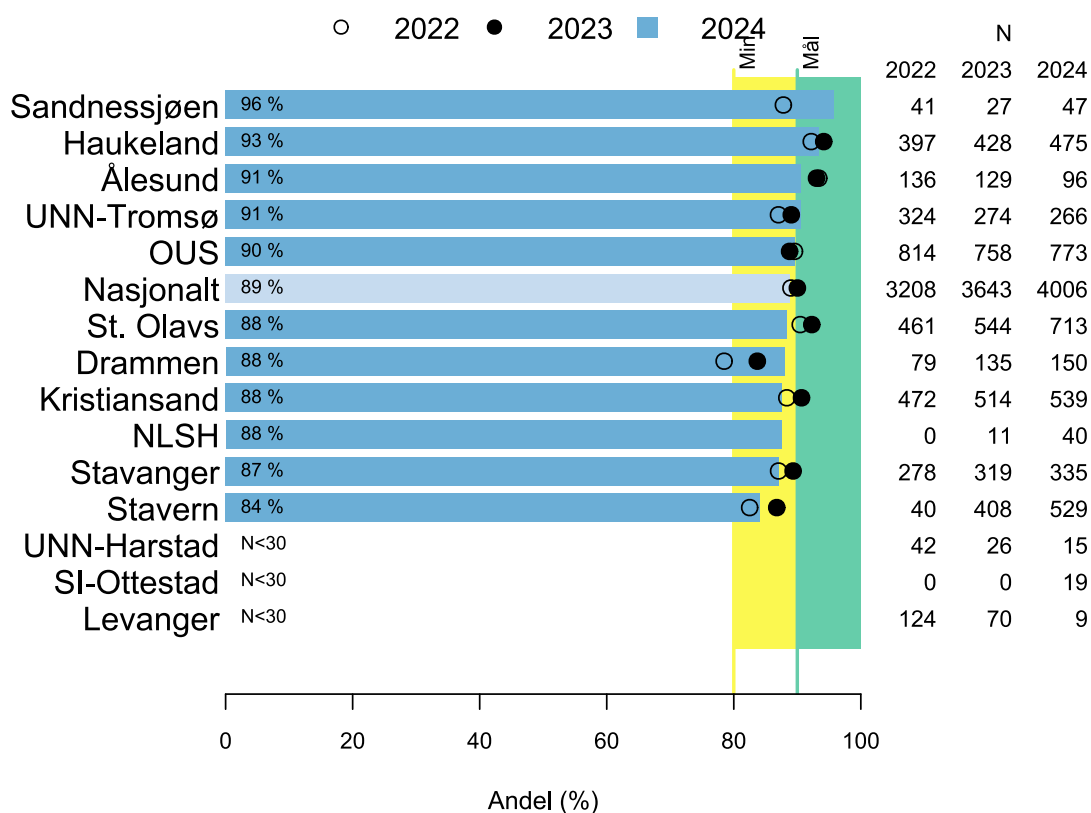
Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Man ser høy nasjonal måloppnåelse på opplevd bedring av behandling, men man ser til dels stort geografisk sprik; fra 25-58 %. Kun en enhet oppnår hverken høy eller moderat måloppnåelse.

3.1.7 KI8 Andel fornøyde pasienter

Definisjon/beskrivelse	<i>Andel pasienter som angir ved oppfølging at de er fornøyde eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset etter seks måneder. Resultatindikator inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.23 til 30.06.24, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2024.</i>
Type indikator	<i>Resultatindikator</i>
Måloppnåelse	<i>Høy måloppnåelse: = /> 90 % Moderat måloppnåelse: 80 - 89 %</i>
Kunnskapsgrunnlag	<i>God kontakt er grunnlaget for god kommunikasjon og god kommunikasjon er vesentlig i behandling jf. nasjonale retningslinjer [1]. Det er ønskelig at færrest mulig pasienter er misfornøyde med måten de blir møtt. Målet er at en høy andel av pasientene rapporterer at de er nøytrale eller fornøyd med kontakten de opplevde med personalet ved poliklinikken. I spørsmålsstillingen der man spør om «fornøydhet med kontakt» ønsker man ikke å begrense seg til kun fornøydhet med evt. behandlingstiltak, men også utforske menneskelig kontakt i pasientforløpet.</i>
Beregning	<i>Teller: Antall pasienter som angir at de er nøytrale eller fornøyd i møtet med personalet tilknyttet poliklinikken rapportert ved 6mnd. Nevner: Antall pasienter som har levert pasientskjema ved oppfølging 6 mnd.</i>

Andel fornøyd med eller nøytral til behandling

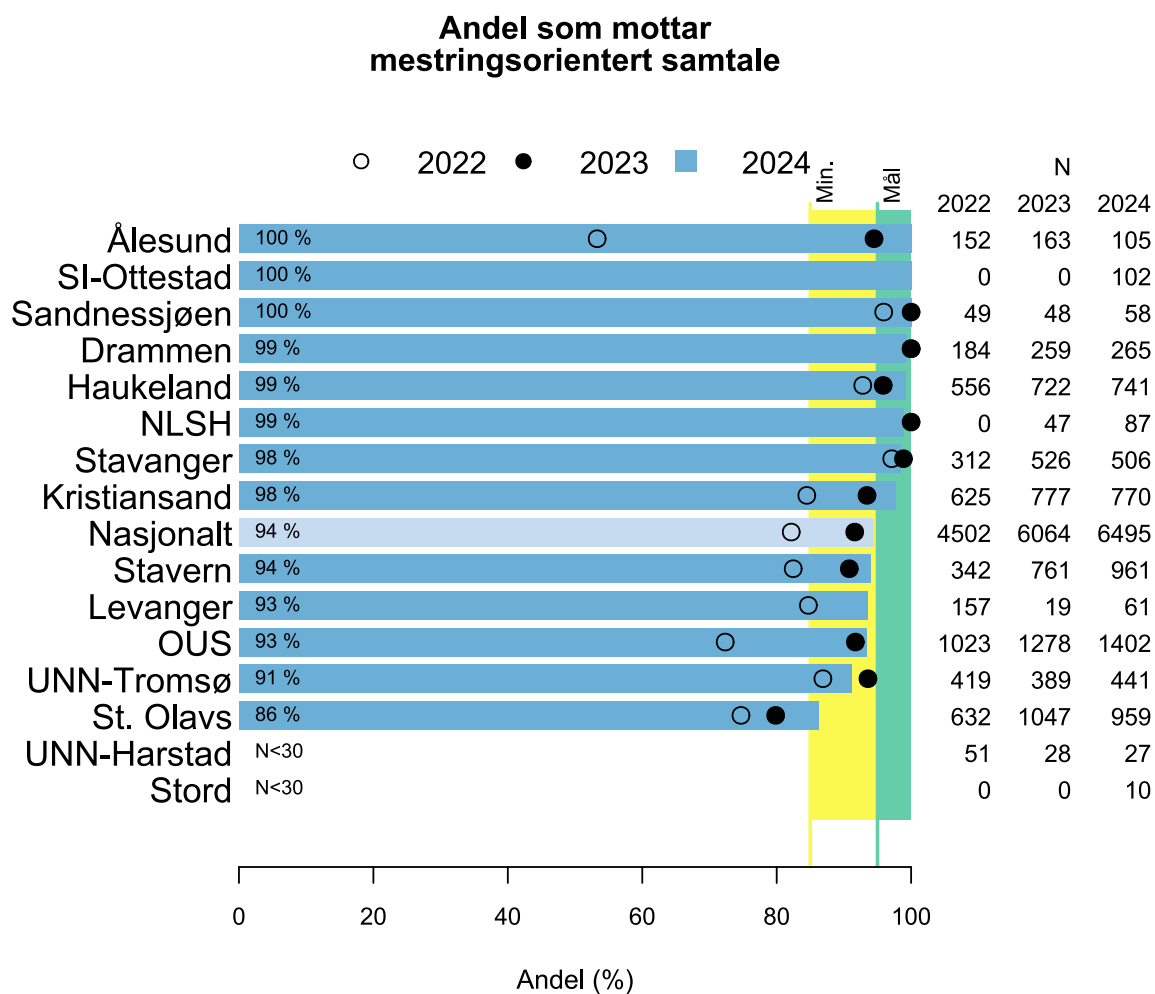


Figur 8: Andel pasienter som angir å være fornøyd eller nøytral i møte med personalet ved sykehuset når spurt ved oppfølging pr enhet siste tre år.

I 2024 oppnådde fem enheter høy måloppnåelse, mens resterende enheter oppnådde moderat måloppnåelse. Nasjonalt oppnådde man moderat måloppnåelse, og andel fornøyd eller nøytral til møtet ved personalet på sykehuset var stabilt i forhold til foregående år.

3.1.8 KI9 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 01.01.24-31.12.24.</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 mestring av plager, for eksempel prinsipper for hvordan tanker og adferd kan påvirke kroppslige plager eller bevisstgjøring av kroppslige/adferdsmessige ressurser. Nasjonale retningslinjer [1] har et stort fokus på kommunikasjon vedrørende pasientens mestringsevne i forhold til sine ryggplager, og kvalitetsindikator tar sikte på å måle i hvilken grad enhetene har fokus på pasientens mestringsevne 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 01.01.24-31.12.24.

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

3.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

3.2.1 PROMs

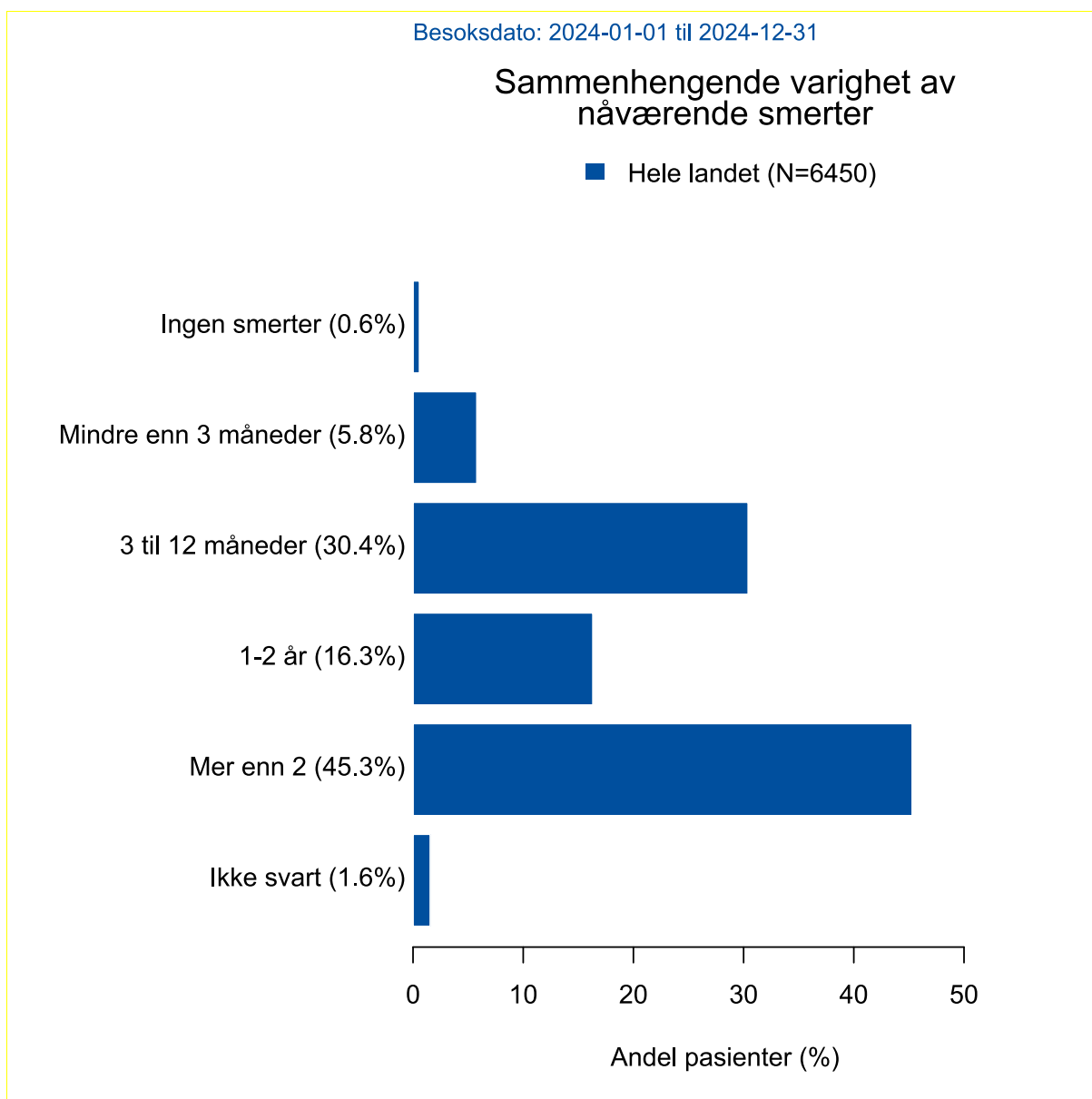
- *Arbeidsstatus*. Pasienten selv-rapporterer arbeidsrettet aktivitet, sykemelding og lignende. Spørsmålene er likt formulert både før utredning og ved oppfølging, noe som dermed bedrer nøyaktighet av kartleggingen. Er mål på et gult flagg [1]. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 og 12 måneder.
- *Smerteintensitet*. Måles fra 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelig smerter). Rapporteres i hvile og i aktivitet. Slike smertereregistreringer med bruk av en numerisk skårings-skala fra 0-10 (NRS) er velkjent i klinisk bruk og forskning [9]. Mål på et gult flagg [1]. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 og 12 måneder.
- *Oswestry funksjonsskår (Oswestry Disability Index, ODI)* [6, 7]. 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 og 12 måneder.
- *Nakke funksjonsskår (Neck Disability Index, NDI)* [11, 12]. Beskriver hvordan nakkesmerter påvirker funksjon i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0 poeng (ingen funksjonssvikt) til 100 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 og 12 måneder.
- *EQ-5D-5L* [13-15]. Fem spørsmål som samlet skårer funksjon/ helserelatert 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 funksjon/helserelatert livskvalitet. Dersom en eller flere items er ikke-utfylt beregnes ikke score. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 og 12 måneder.
- *EQ-VAS* [13-15]. 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 helserelatert livskvalitetsskjema, som også kan brukes til kost-nytte-analyser. Rapporteres på pasientskjema før behandling, pasientskjema ved 6 og 12 måneder.
- *Subjective health complaints* [16, 17]. Kartlegger grad og antall alminnelige helseplager. Mål på gult flagg og komorbiditet. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *Hopkins Symptoms Checklist-10 (HSCL-10)* [18, 19] kartlegger psykisk symptomtrykk. Korrigeres med mean substitution for inntil 2 missing. Verdi over 1,85 indikerer at videre utredning/behandling bør vurderes [20]. Mål på gult flagg[1]. 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 [1]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *The Fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ)* [21, 22]. 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 [23]. Mål på gult flagg[1]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.
- *Saltin-Grimby Physical Activity Level* kartlegger fysisk aktivitet [24]. Rapporteres på pasientskjema før behandling.

3.2.2 PREM

Følgende PREM kartlegges kun ved pasientskjema ved 6 og 12 måneder:

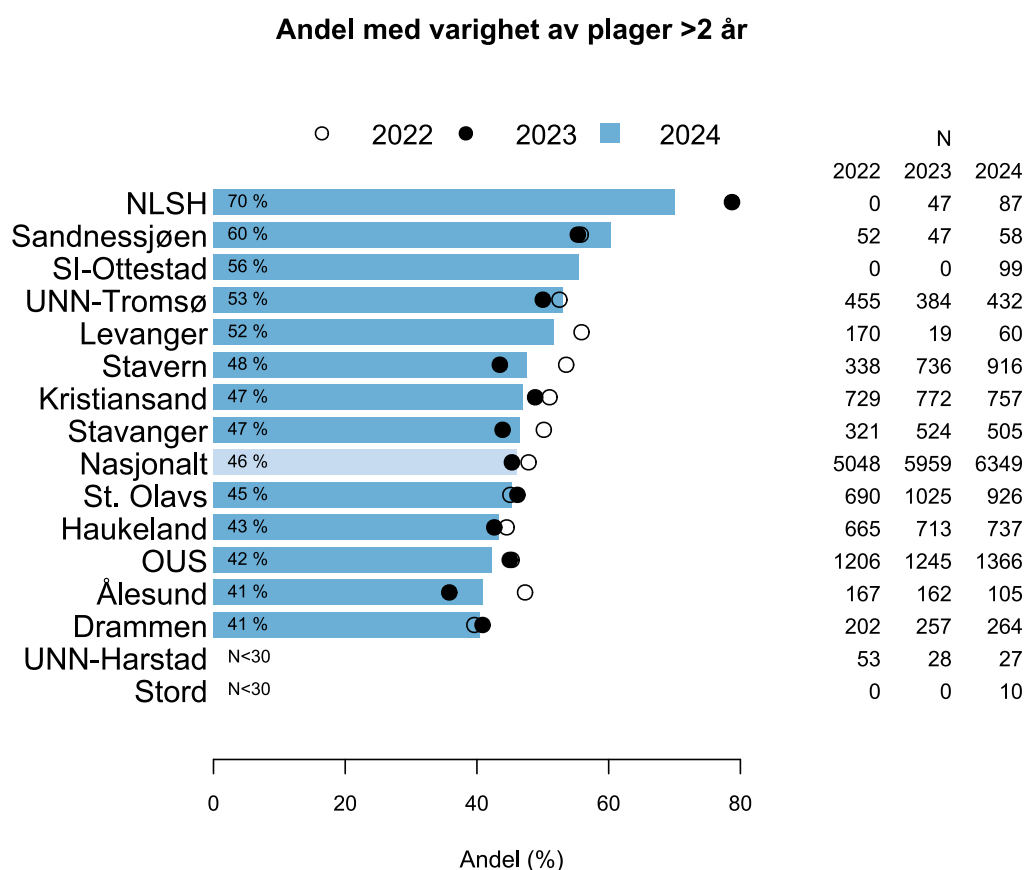
- «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?». Se pkt 2.1.8 KI8 Andel fornøyde pasienter for resultater.
- *Patient global impression of change (PGIC) kartlegger pasientoppfattet global opplevelse av endring [10]. «Hvilken nytte/bedring mener du at du har hatt av vurderingen/behandlingen?» Graderes på 7 punkts skala fra «helt bra» til «verre enn noen gang før».*

3.2.3 Smerter



Figur 10: Varighet av smerter

Nesten 95 % av pasientene i 2024 svarte at de hadde hatt smerter i mer enn tre måneder, og er omtrent 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, 26]. 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 45,3 %, 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.

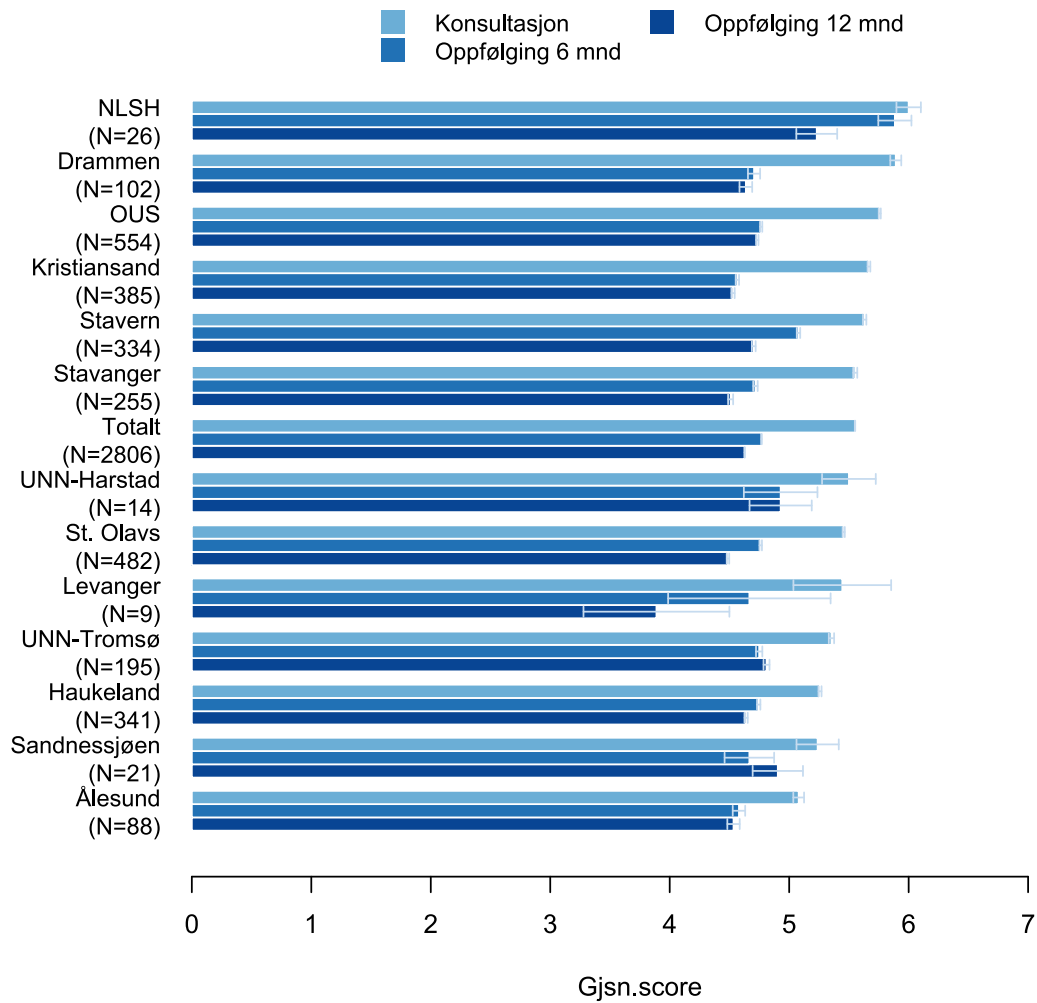


Figur 11: Andel med smertevarighet >2 år pr enhet. Ekskluderer de som har krysset for «ikke svart» samt de med ingen registrerte svar på spørsmålet.

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 svært 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: 2023-01-02 til 2023-12-28

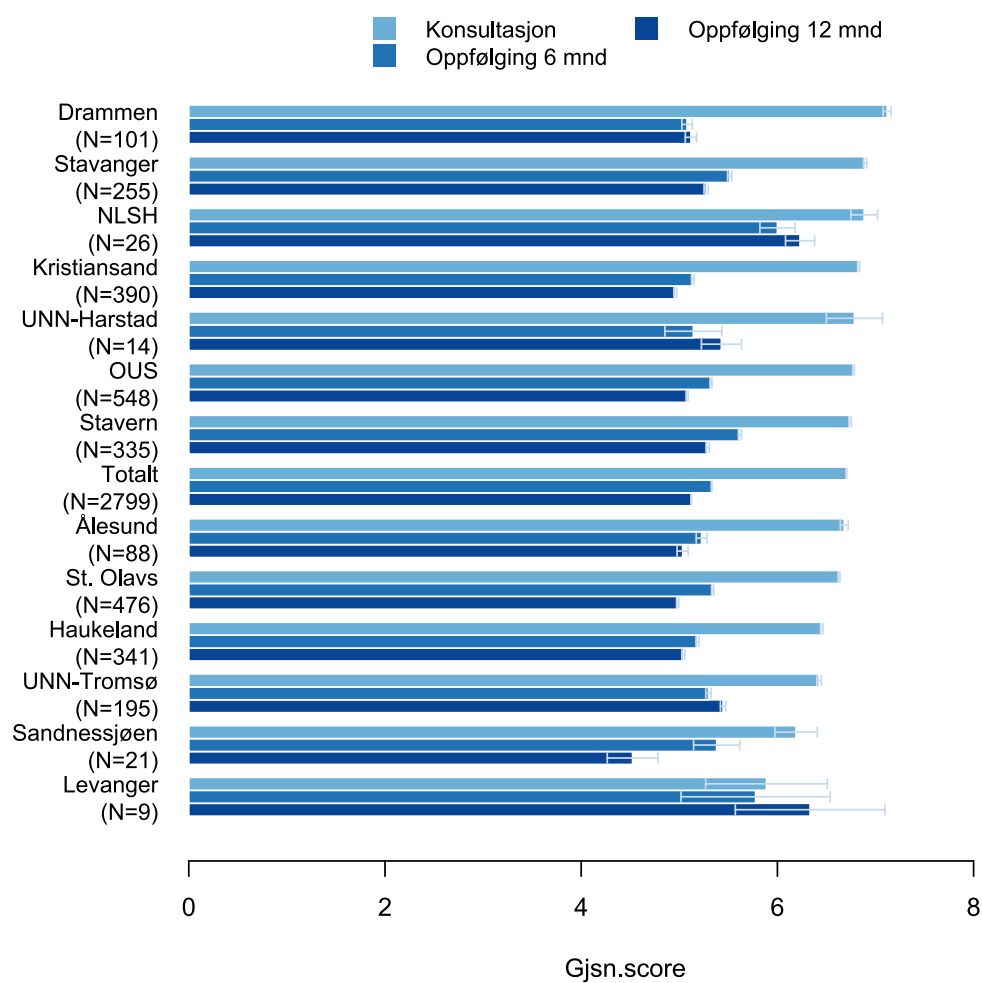
Smerte i hvile med 95% konfidensintervall



Figur 12: Gjennomsnittlig skår for smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd.

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

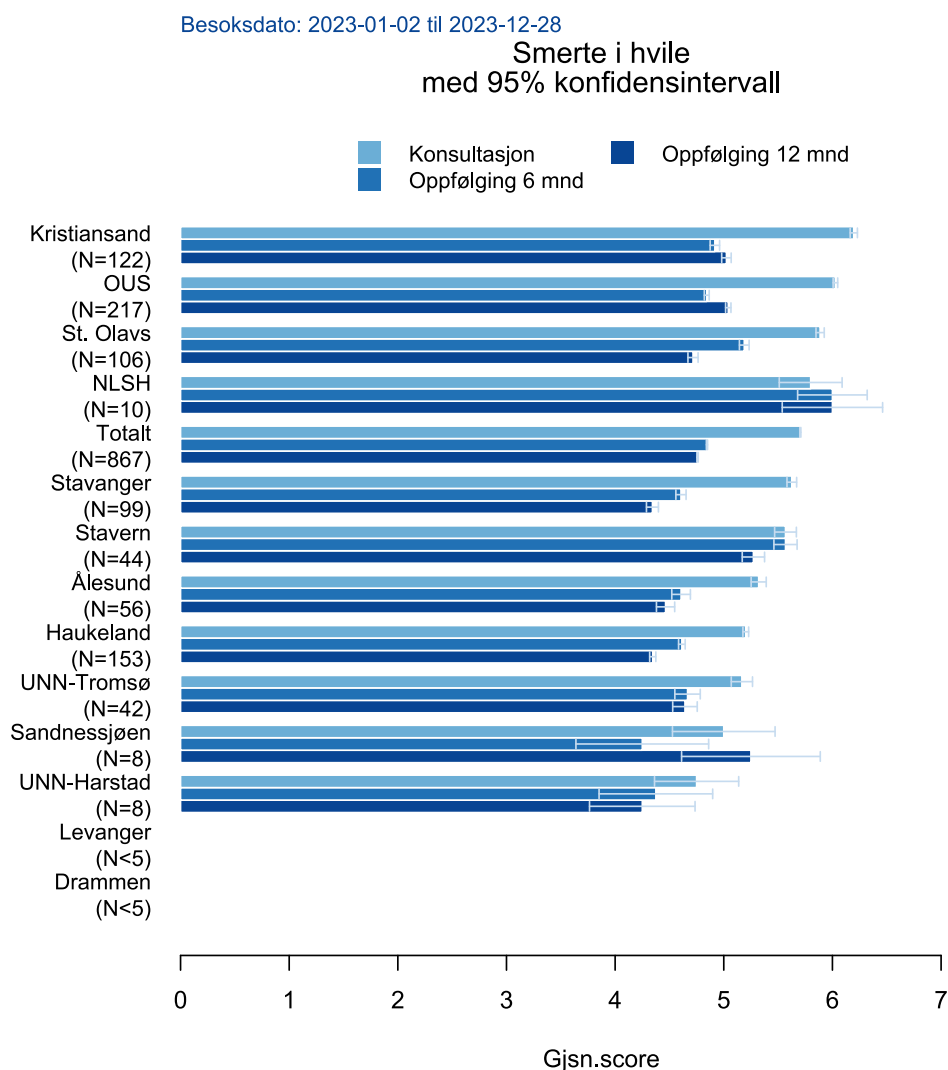
Smerte i aktivitet med 95% konfidensintervall



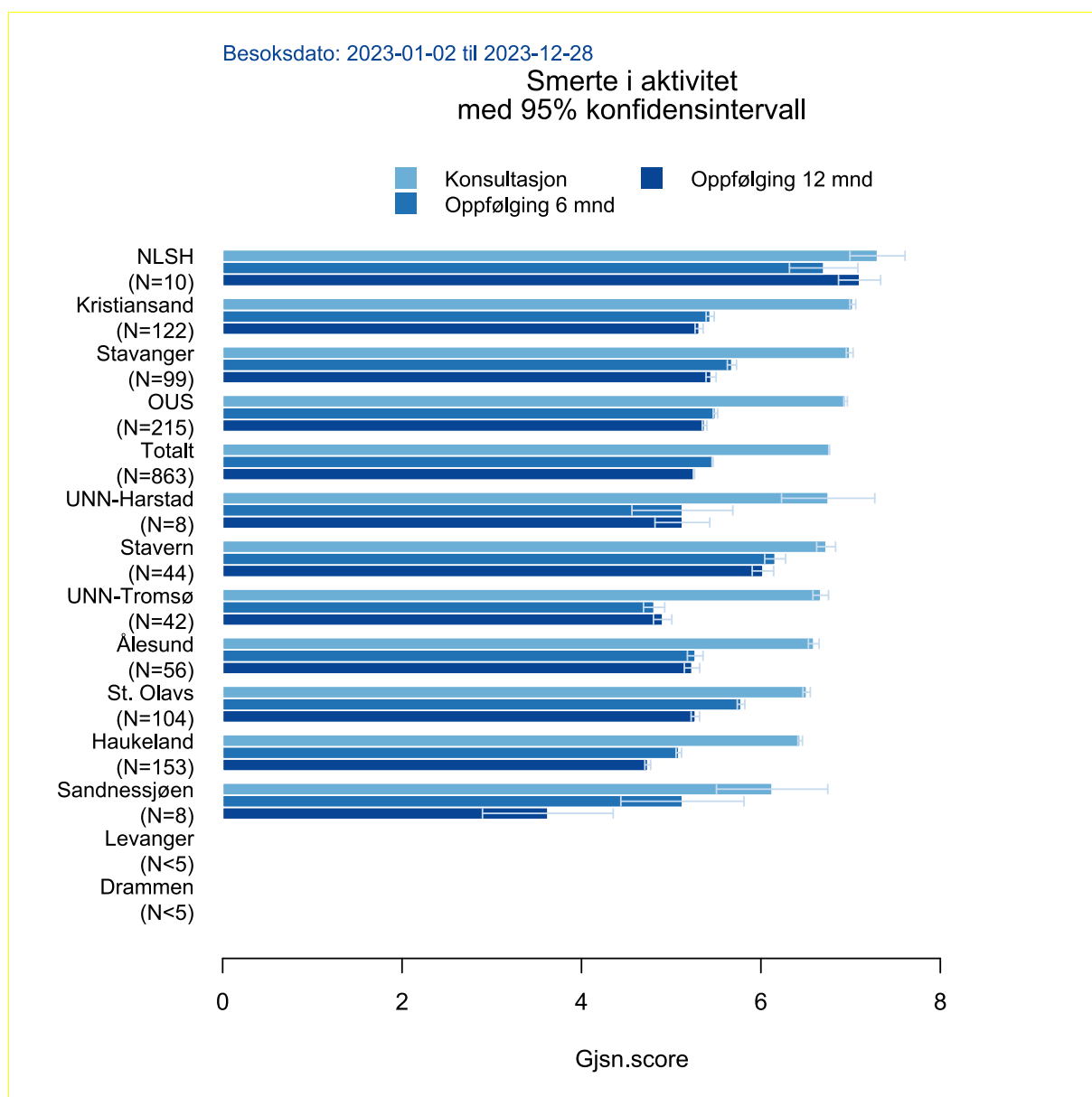
Figur 13: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd.

3.2.4 Smerter blant pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling

Pasienter som har fått **tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten** og som har fylt ut oppfølgingsskjema 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.



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 i 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 behandlingstyper 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 potensielt hadde dårligere funksjon eller flere tilleggspilger i utgangspunktet.

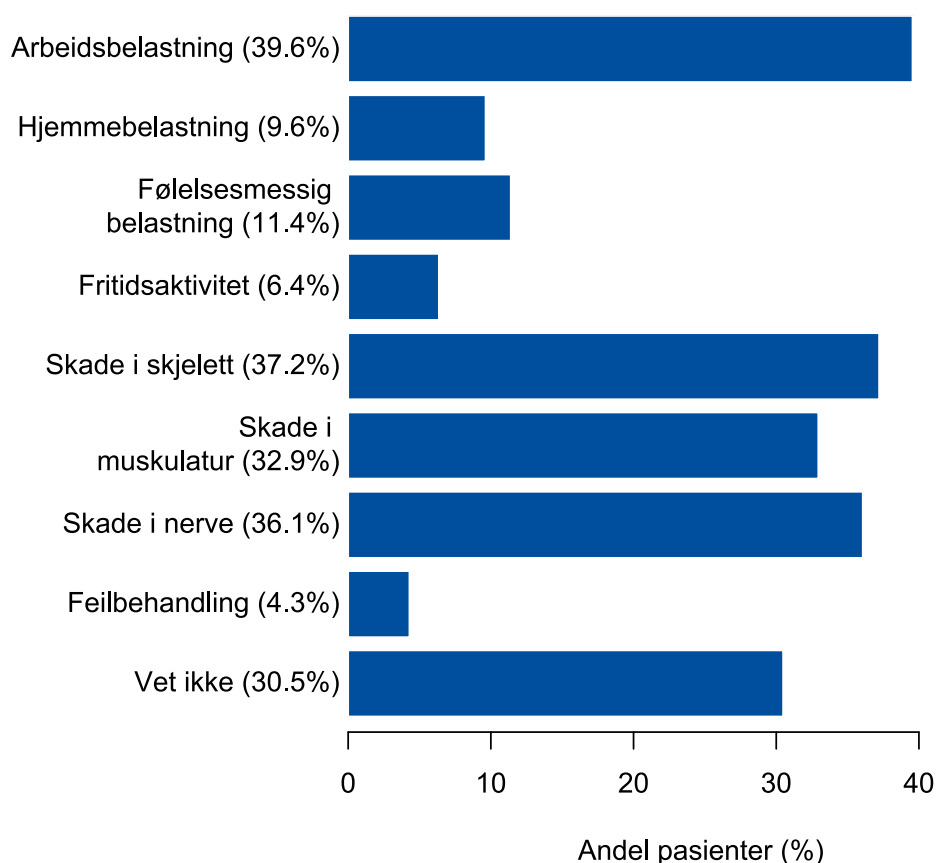
3.2.5 Pasientopplevd årsak til smerter

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

Besoksdato: 2024-01-01 til 2024-12-31

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

■ Hele landet (N=6450)

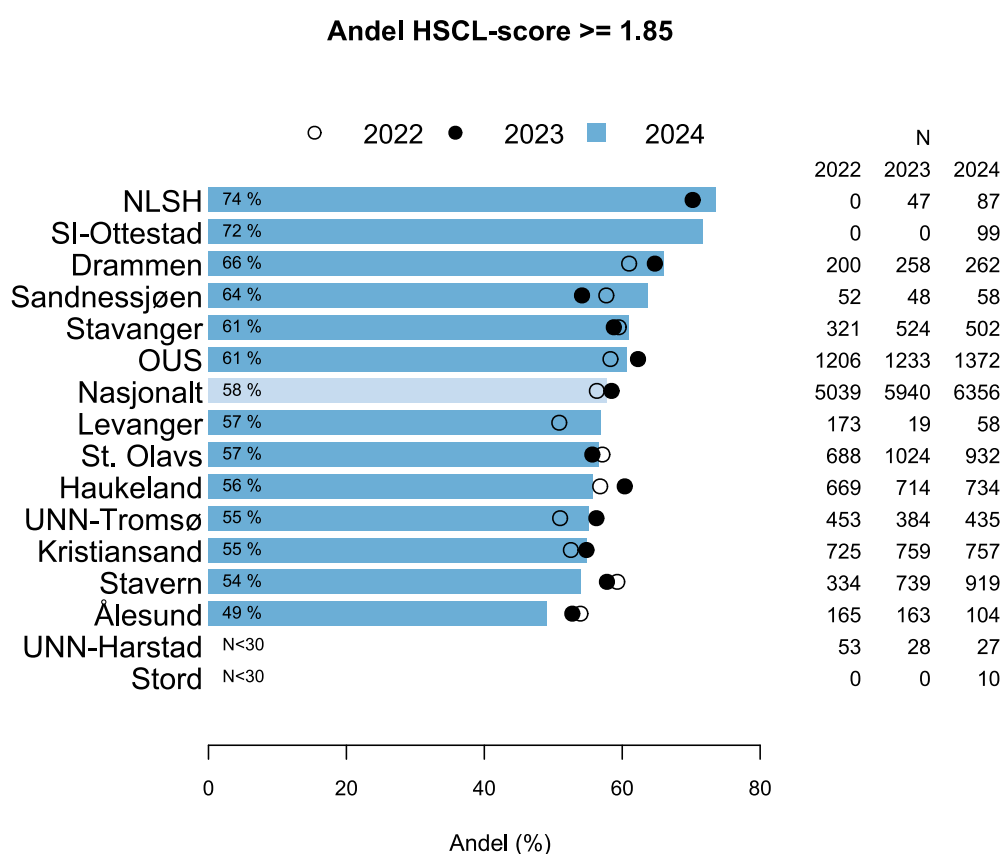


Figur 16: Andel pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig.

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 [1]). Prosentandelene i tabellen for 2024 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 11,4 % som tenker at den følelsesmessige belastningen er årsak til smertene (en liten økning fra 9,4 % i 2022 og 10,8 % i 2023), selv om det er påvist høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg [1]).

3.2.6 Psykisk symptomtrykk

Man vet at det er høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg [1]). 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 [20].

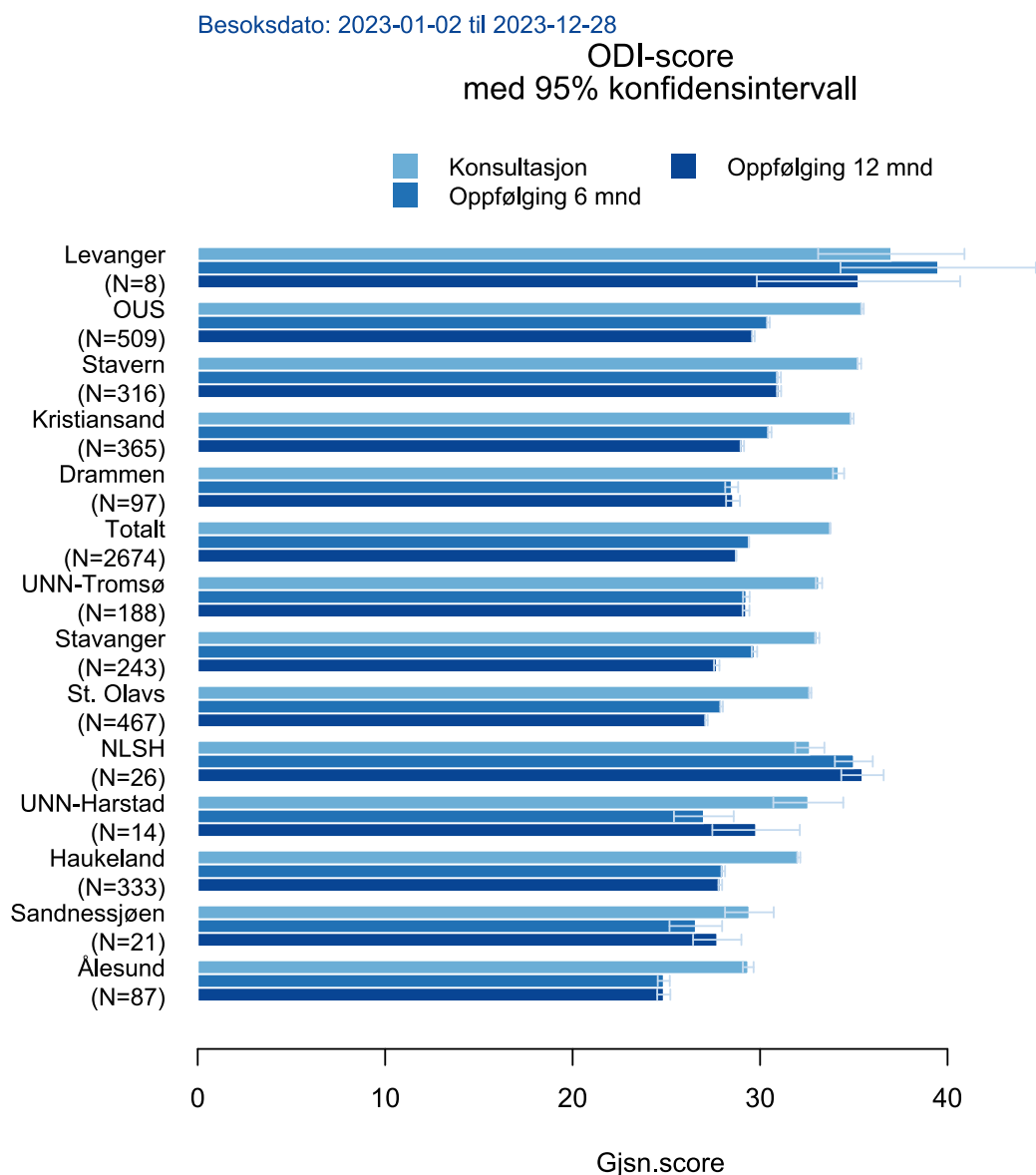


Figur 17: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren.

Ved stort sett alle enheter har over 50 % av pasientene høyt psykisk symptomtrykk. Andelen nasjonalt og ved de fleste enhetene er stabilt fra foregående år. Ifølge nasjonal retningslinje for behandling av rygg smerter kan gule flagg, som psykiske symptomer, øke risikoen for å utvikle langvarige smerter [1]. Den høye andelen pasienter med høyt psykisk symptomtrykk viser viktigheten av å knytte enhetene opp mot psykolog eller ha tilgjengelig andre kognitive tiltak.

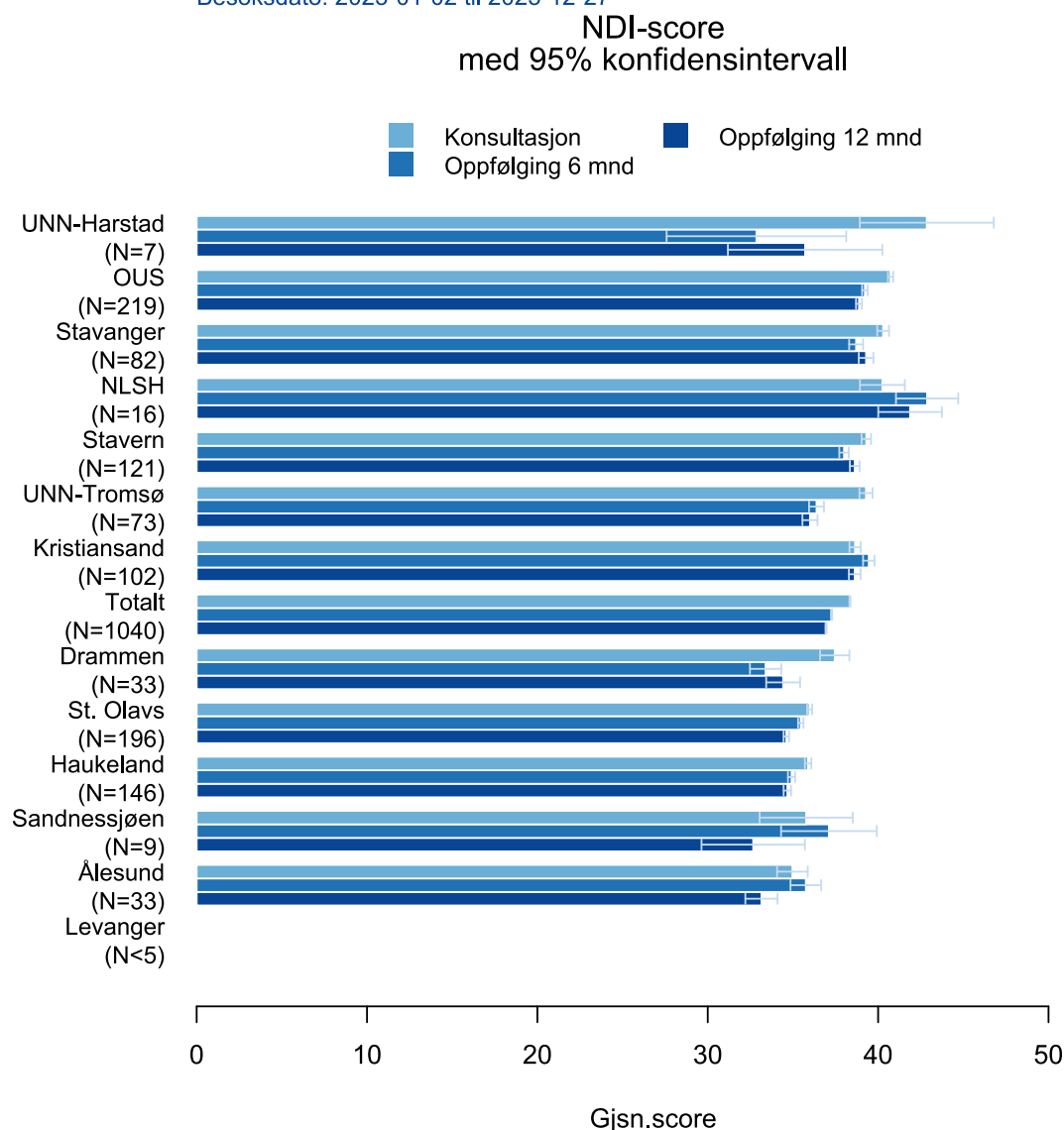
3.2.7 Funksjonskartlegging

Langvarige 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 funksjonsskår. Pasientene som har nakkesmerter, fyller i tillegg ut Neck Disability Index (NDI) som kartlegger nakkerelatert funksjon.



Figur 18: Gjennomsnitt ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder (kun pasienter med svar på alle tre skjema er inkludert).

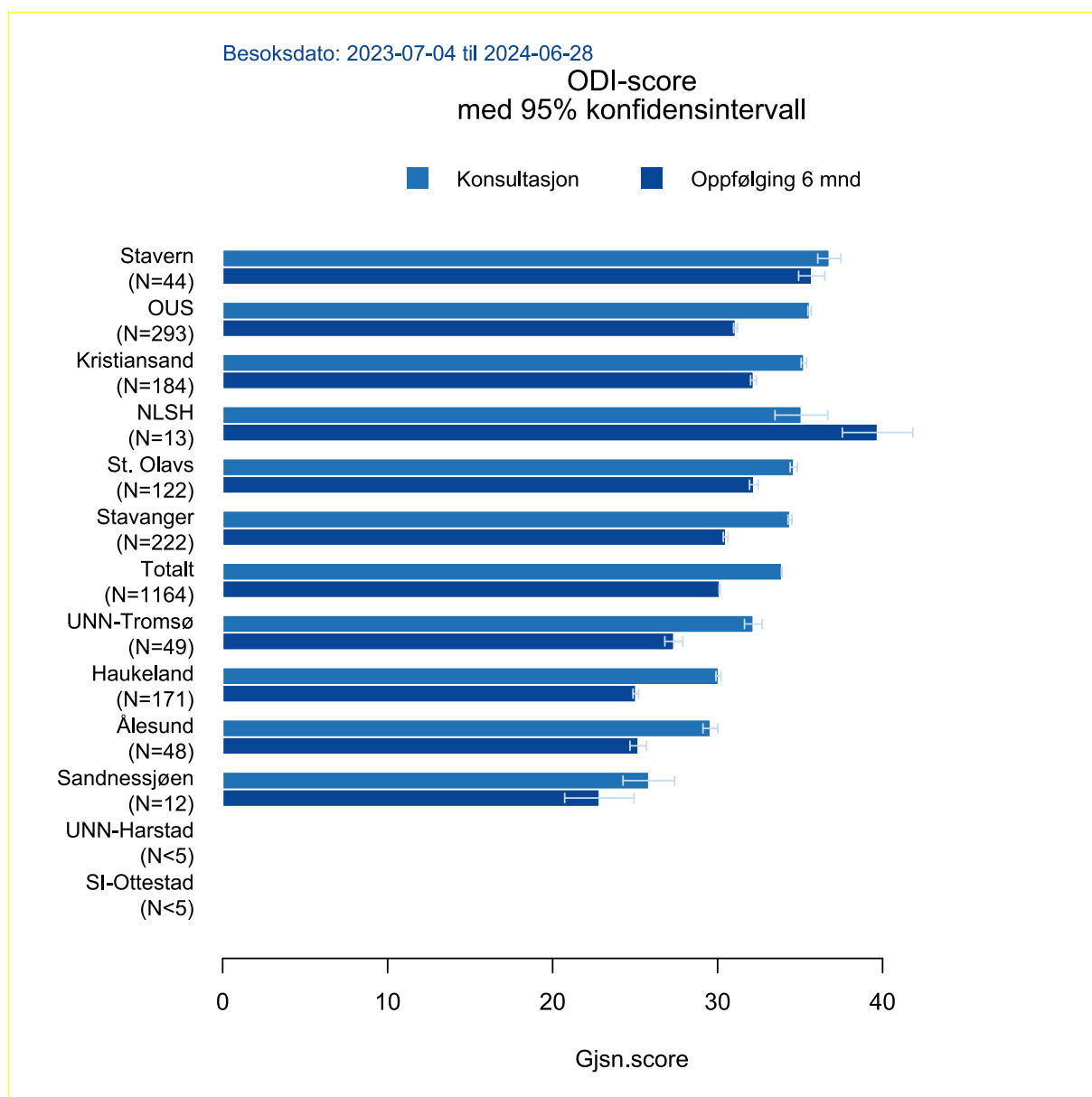
Besoksdato: 2023-01-02 til 2023-12-27



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. i forhold til 6 mnd. Dette kan 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.



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.

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.

3.2.8 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 [1]).

SykehusNavn	Gj.snitt.fabq.fysisk	Gj.snitt.fabq.arbeid	Gj.snitt.eq5d	Gj.snitt.eq5d.vas
Drammen	15.2 (265)	23.3 (264)	0.65 (220)	52 (225)
Haukeland	13.8 (739)	22.9 (737)	0.69 (657)	53.9 (661)
Kristiansand	14.7 (759)	23.2 (742)	0.63 (632)	48.1 (632)
Levanger	14.6 (59)	23.9 (59)	0.59 (45)	43.8 (45)
NLSH	14.9 (87)	26.2 (86)	0.61 (77)	41.6 (79)
OUS	15.1 (1376)	23 (1341)	0.63 (1173)	50.6 (1189)
SI-Ottestad	15.4 (98)	27.5 (98)	0.6 (83)	43.3 (83)
Sandnessjøen	14.7 (58)	25.1 (57)	0.63 (54)	43.3 (54)
St. Olavs	13.5 (930)	20.9 (915)	0.65 (794)	50.3 (800)
Stavanger	14.6 (505)	23.7 (501)	0.66 (441)	49.8 (444)
Stavern	14.1 (921)	21.8 (904)	0.65 (784)	51.9 (789)
Stord	17.5 (10)	31.7 (10)	0.54 (10)	50.1 (10)
UNN-Harstad	13.7 (27)	26.6 (27)	0.63 (24)	44.6 (25)
UNN-Tromsø	14 (435)	22.5 (427)	0.65 (393)	48.8 (395)
Ålesund	14 (105)	21.1 (105)	0.72 (92)	52.5 (92)
Totalt	14.4 (6374)	22.7 (6273)	0.65 (5479)	50.4 (5523)

Tabell 2: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon.

Fear Avoidance Belief Questinnaire (**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). Helsereelatert 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).

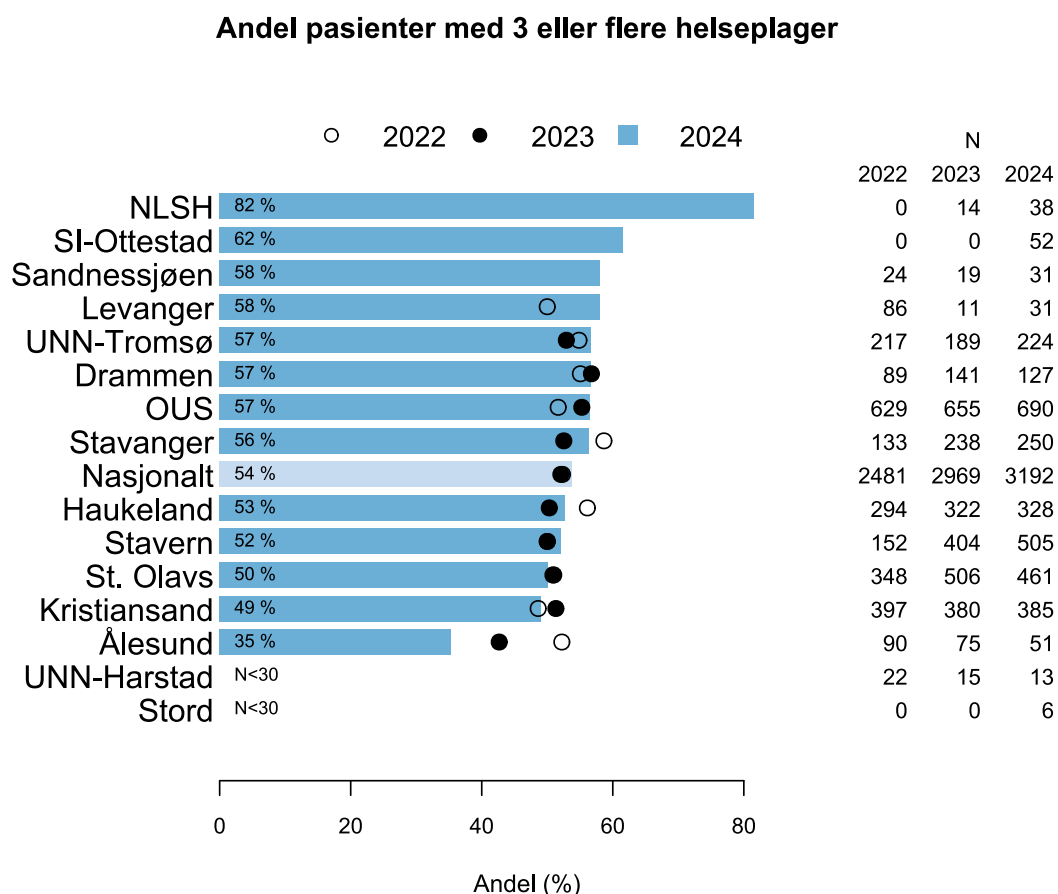
Ved nesten alle enhetene indikerer gjennomsnittsscore at det er moderat grad av unngåelsesadferd for fysisk aktivitet og arbeid.

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

Pasientene ved alle enhetene rapporterer i gjennomsnittsscore at de selv oppfatter at de i betydelig grad har nedsatt helse (EQ-VAS). 61% av pasientene scorer under 60 poeng på EQ-VAS – og dermed rapporterer betydelig nedsatt helse. Grad av nedsatt helse er relativt likt mellom alle enhetene.

3.2.9 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 nevnen inngår kun pasienter som har besvart minst 3 av 33 spørsmål.

Man ser at det er en stor andel på 54 % 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 rygg smerter (ref. gule flagg [1]).

3.2.10 Fysisk aktivitetsnivå

Pasientene rapporterer sitt fysiske aktivitetsnivå via skjemaet «Saltin-Grimby Physical Activity Level» [24]. Her rapporteres fysisk aktivitetsnivå gradert til fire nivå med beskrivelse.

Aktivitetsnivå	Antall	Andel
Min fritid består hovedsakelig av å lese, se på TV eller annen stillesittende beskjeftigelse	1045	16 %
Jeg spaserer, sykler eller beveger meg på annen måte minst 4 timer i uken	3838	60 %
Jeg driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller liknende minst 4 timer i uken	1070	17 %
Jeg trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken	323	5 %
Ikke svart	174	3 %
Sum	6450	

Tabell 3: Pasientrapportert fysisk aktivitetsnivå ved utredning

3.2.11 Opplevd bedring/nytte av behandling

Pasientene rapporterer hvilken nytte/bedring de har hatt av vurderingen/behandling (*Patient global impression of change (PGIC) [10]*). Dette rapporteres i syv nivåer fra «Jeg er helt bra» til «Jeg er verre enn noen gang».

	Helt bra	Mye bedre	Litt bedre	Ingen forandring	Litt verre	Mye verre	Verre enn noen gang	Ikke utfyllt	N
Drammen	1.4%	10.4%	19.4%	45.1%	8.3%	4.9%	3.5%	6.9%	144
Haukeland	1.5%	18.2%	33.3%	32.3%	8.5%	3.4%	0.7%	2.2%	412
Kristiansand	2.7%	11.9%	23.7%	44.5%	7.3%	5.3%	1.8%	2.9%	452
Levanger	2.3%	7.0%	9.3%	53.5%	11.6%	11.6%	2.3%	2.3%	43
NLSH	0.0%	2.9%	8.8%	73.5%	11.8%	0.0%	2.9%	0.0%	34
OUS	1.6%	14.1%	26.5%	39.9%	7.6%	4.3%	1.6%	4.3%	694
Sandnessjøen	0.0%	10.8%	37.8%	43.2%	2.7%	5.4%	0.0%	0.0%	37
SI-Ottestad	0.0%	4.9%	19.7%	44.3%	13.1%	8.2%	6.6%	3.3%	61
St. Olavs	1.7%	13.4%	22.1%	42.6%	10.7%	4.2%	2.0%	3.3%	544
Stavanger	0.3%	14.7%	26.4%	39.7%	7.5%	6.2%	2.1%	3.1%	292
Stavern	2.8%	10.6%	17.9%	48.6%	9.4%	5.9%	2.2%	2.6%	508
UNN-Harstad	0.0%	6.2%	37.5%	43.8%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	16
UNN-Tromsø	0.8%	11.4%	25.4%	44.9%	9.3%	3.8%	1.3%	3.0%	236
Ålesund	1.6%	16.1%	33.9%	38.7%	6.5%	3.2%	0.0%	0.0%	62
Sum	1.7%	13.0%	24.4%	42.4%	8.6%	4.8%	1.8%	3.2%	3535

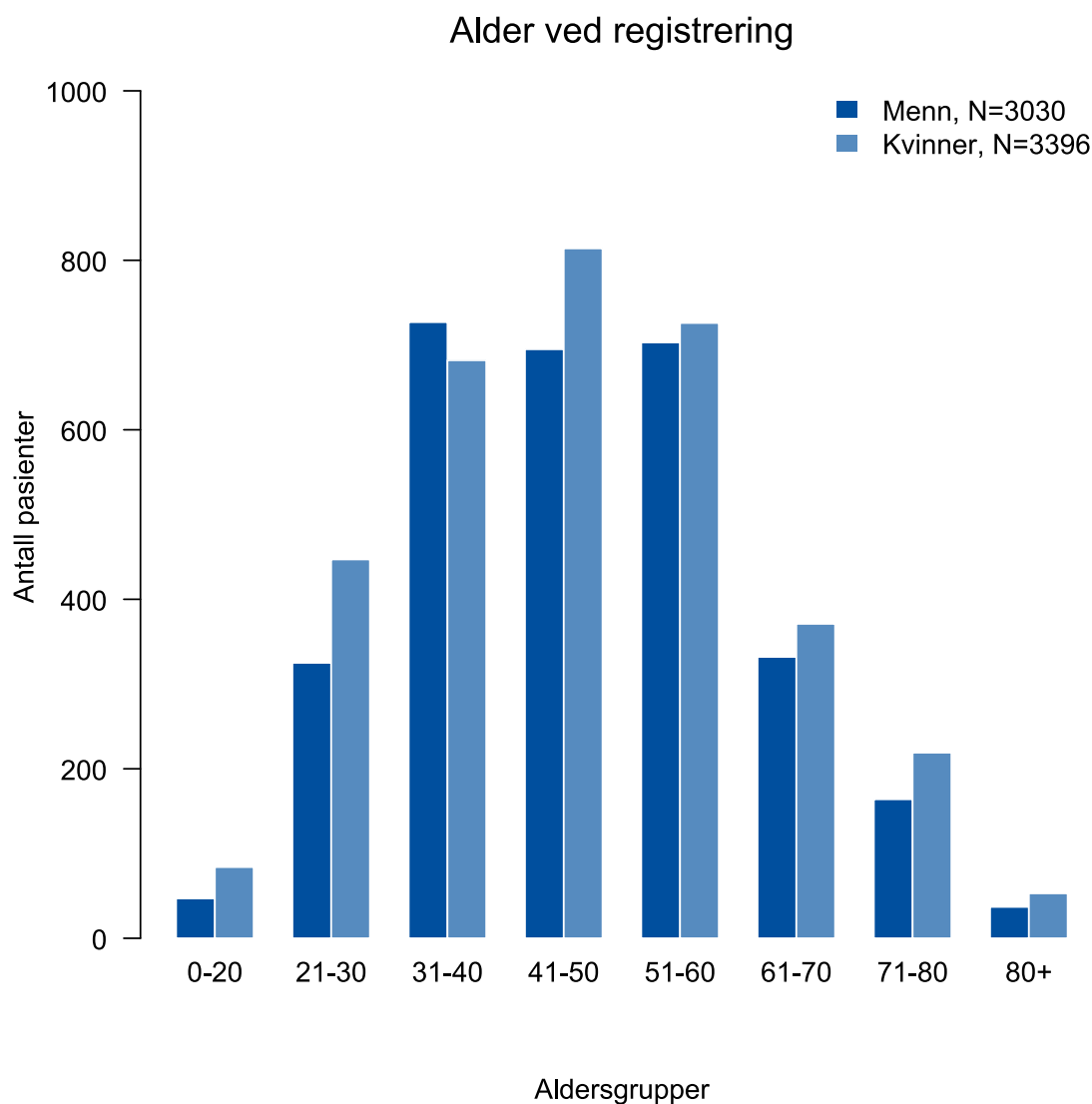
Tabell 4: Hvilken nytte/bedring mener pasienten at hen har hatt av behandlingen. Fordelt på sykehus og nasjonalt.

3.3 Andre analyser

Bakgrunnsdata registrert av pasientene

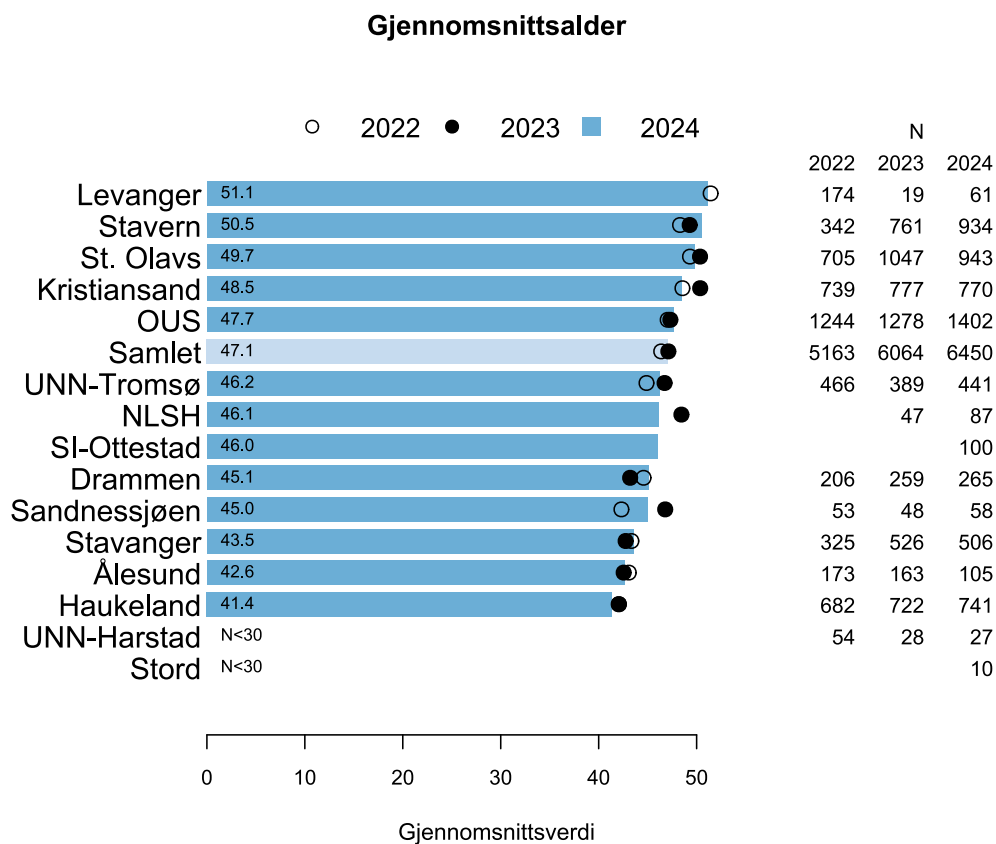
Bakgrunnsdata for pasienter er demografiske data som alder, kjønn og utdanning. Pasientene har mange likhetstrekk når man sammenligner de ulike enhetene, men man ser også en del interessante forskjeller mellom enhetene.

Besoksdato: 2024-01-01 til 2024-12-31



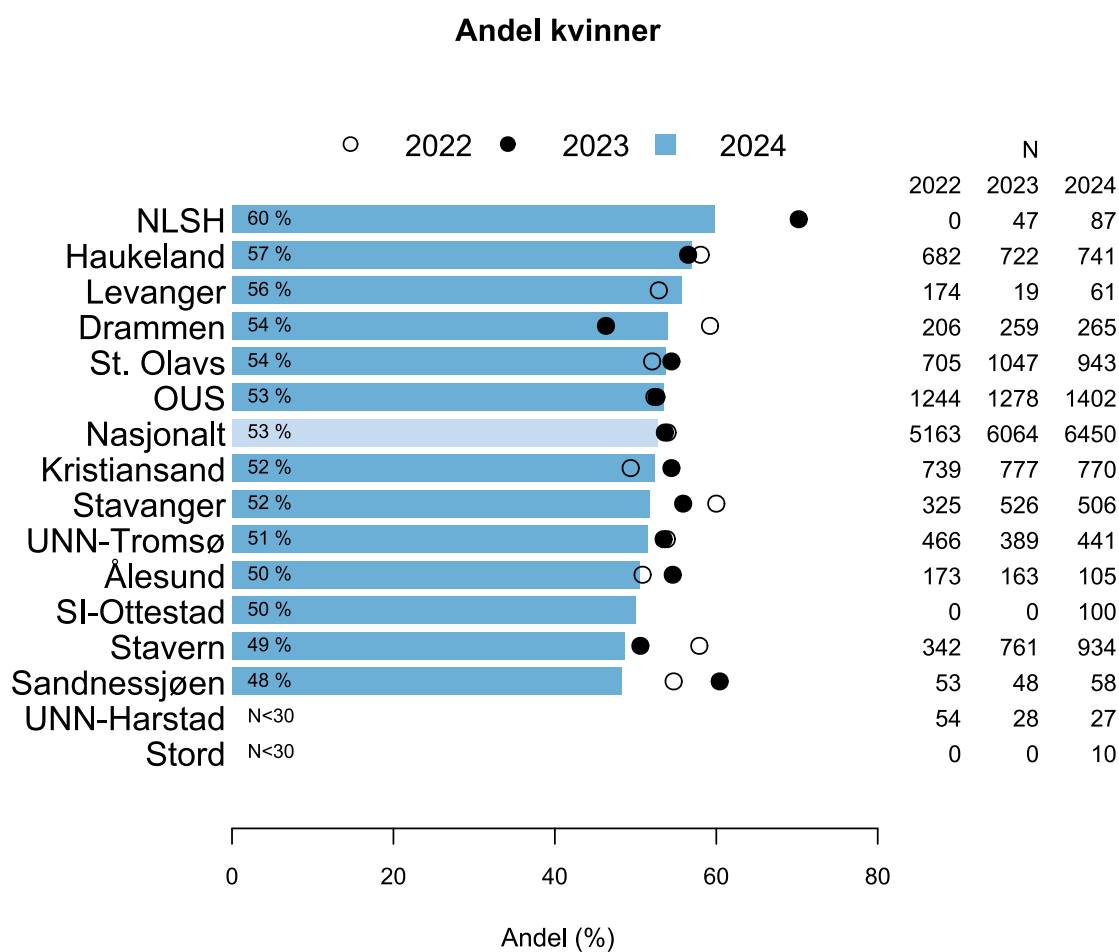
Figur 22: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn.

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



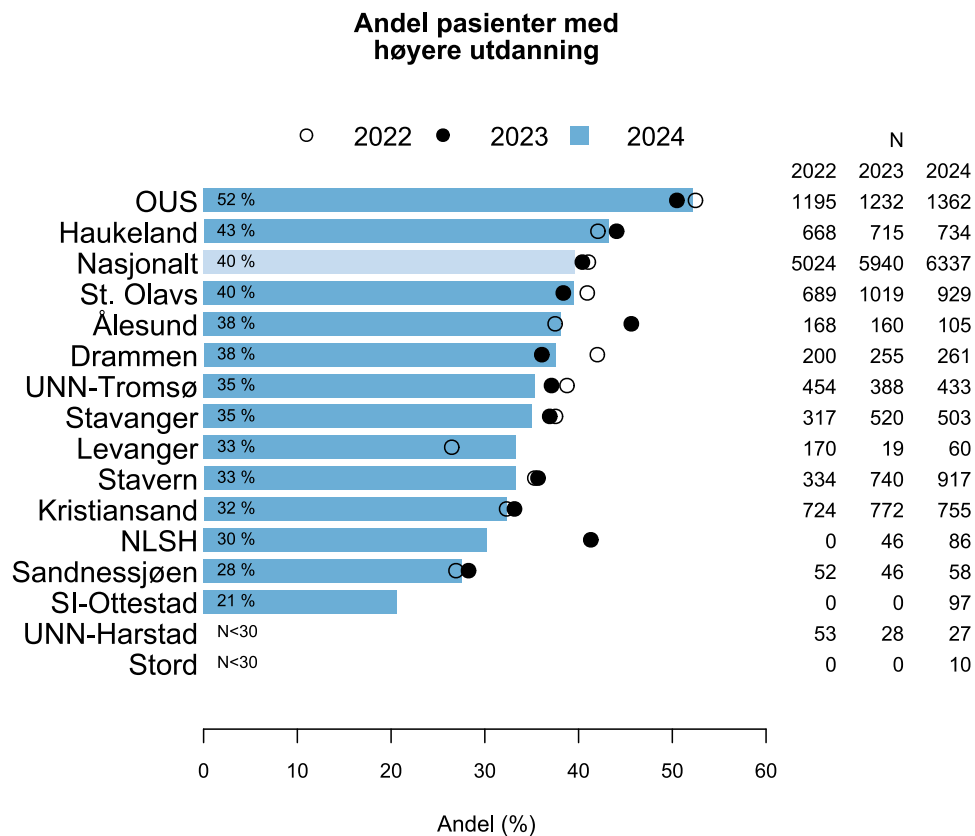
Figur 23: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet.

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.



Figur 24: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt.

Kvinner står for et lite flertall av pasientene, og man ser nasjonale forskjeller. Nasjonal andel er likt som foregående år.



Figur 25: Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning

	Gr.sk (7-10 år)	Vgs. yrkesfa	Vgs. allmenn	Høys/univ < 4år	Høys/univ >= 4 år	Ikke svart	N
Drammen	14.3%	33.2%	14 %	18.9%	18.1%	1.5%	265
Haukeland	9.2%	35 %	12.1%	21.5%	21.3%	0.9%	741
Kristiansand	13.2%	40 %	13.1%	18.2%	13.5%	1.9%	770
Levanger	14.8%	32.8%	18 %	13.1%	19.7%	1.6%	61
NLSH	21.8%	36.8%	10.3%	17.2%	12.6%	1.1%	87
OUS	13.1%	21 %	12.3%	22 %	28.7%	2.9%	1402
Sandnessjøen	19 %	41.4%	12.1%	13.8%	13.8%	0 %	58
SI-Ottestad	19 %	48 %	10 %	12 %	8 %	3 %	100
St. Olavs	15.1%	34 %	10.5%	19.1%	19.8%	1.5%	943
Stavanger	15.6%	37.2%	11.9%	18.4%	16.4%	0.6%	506
Stavern	14.9%	38.1%	12.5%	19.4%	13.3%	1.8%	934
Stord	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	10
UNN-Harstad	7.4%	48.1%	7.4%	14.8%	22.2%	0 %	27
UNN-Tromsø	14.5%	39 %	10 %	18.4%	16.3%	1.8%	441
Ålesund	6.7%	42.9%	12.4%	21 %	17.1%	0 %	105
Sum	13.7%	33.7%	12 %	19.6%	19.2%	1.8%	6450

Tabell 5: 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.

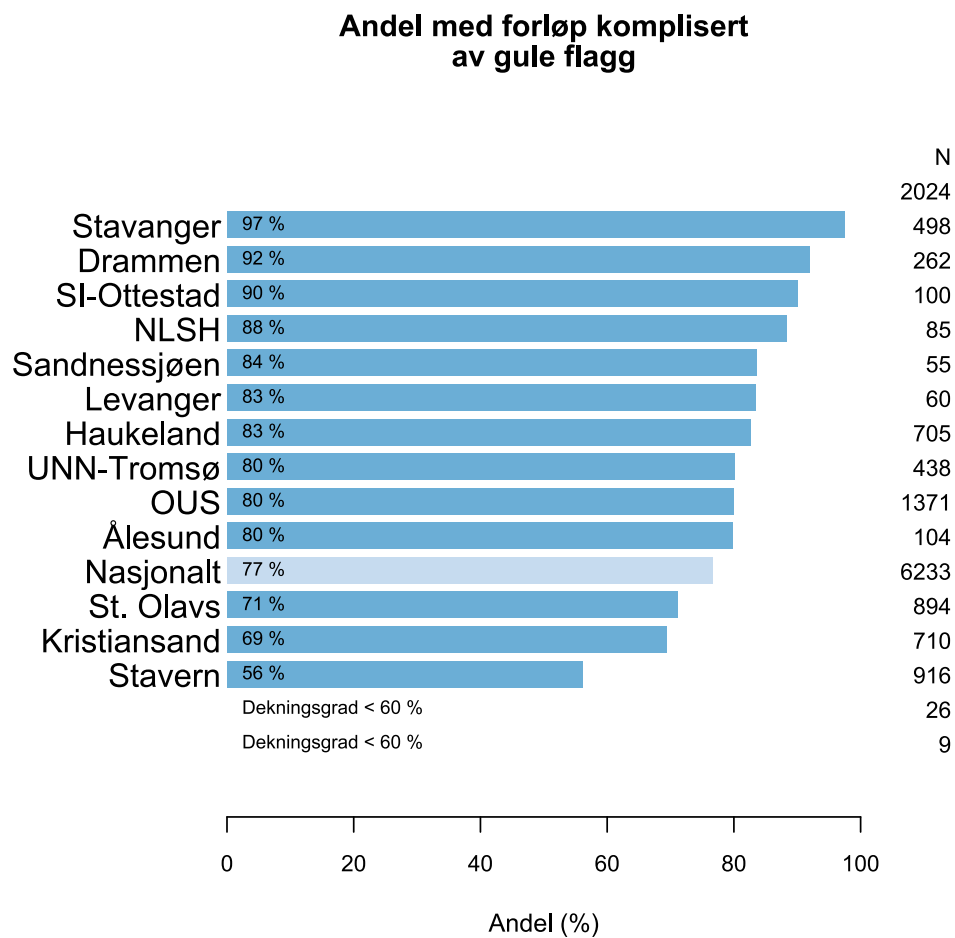
Utfyllingsspråk	Andel
engelsk	3,2 %
nynorsk	1,1 %
bokmål	93,8 %
polsk	1,9 %
Totalt	100 %

Tabell 6: Utfyllingsspråk – i perioden august-desember 2024

Man har siden juni 2024 hatt mulighet til å ta ut data på hvilket språk pasientskjemaet har blitt fylt ut på. Man ser at de aller fleste fyller ut pasientskjemaet på norsk bokmål, men også at det er betydelig andel pasienter som velger andre språk.

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

	Ja	Nei	Ukjent	N
Drammen	4.5%	95.1%	0.4%	265
Haukeland	5.9%	93 %	1.1%	741
Kristiansand	9.7%	90.1%	0.1%	770
Levanger	16.4%	83.6%	0 %	61
NLSH	9.2%	90.8%	0 %	87
OUS	8.1%	91.9%	0.1%	1402
Sandnessjøen	10.3%	89.7%	0 %	58
SI-Ottestad	12 %	88 %	0 %	100
St. Olavs	13.1%	86.3%	0.5%	943
Stavanger	8.5%	91.5%	0 %	506
Stavern	7.1%	92.5%	0.4%	934
Stord	10 %	90 %	0 %	10
UNN-Harstad	0 %	100 %	0 %	27
UNN-Tromsø	11.3%	88.2%	0.5%	441
Ålesund	8.6%	91.4%	0 %	105
Sum	8.9%	90.8%	0.3%	6450

Tabell 7: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes.

	Ja	Nei	Ukjent	N
Drammen	0.4%	99.6%	0 %	265
Haukeland	1.8%	97 %	1.2%	741
Kristiansand	3.6%	96.4%	0 %	770
Levanger	0 %	100 %	0 %	61
NLSH	3.4%	96.6%	0 %	87
OUS	2.4%	97.4%	0.1%	1402
Sandnessjøen	1.7%	98.3%	0 %	58
SI-Ottestad	1 %	99 %	0 %	100
St. Olavs	3.2%	96 %	0.8%	943
Stavanger	2.2%	97.8%	0 %	506
Stavern	2 %	98 %	0 %	934
Stord	0 %	100 %	0 %	10
UNN-Harstad	0 %	100 %	0 %	27
UNN-Tromsø	3.2%	96.4%	0.5%	441
Ålesund	1.9%	98.1%	0 %	105
Sum	2.4%	97.2%	0.3%	6450

Tabell 8: 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 om lag 10 % har tidligere gjennomgått rygg- eller nakkekirurgi. Det er også en stor geografisk variasjon i andel ryggopererte mellom enhetene.

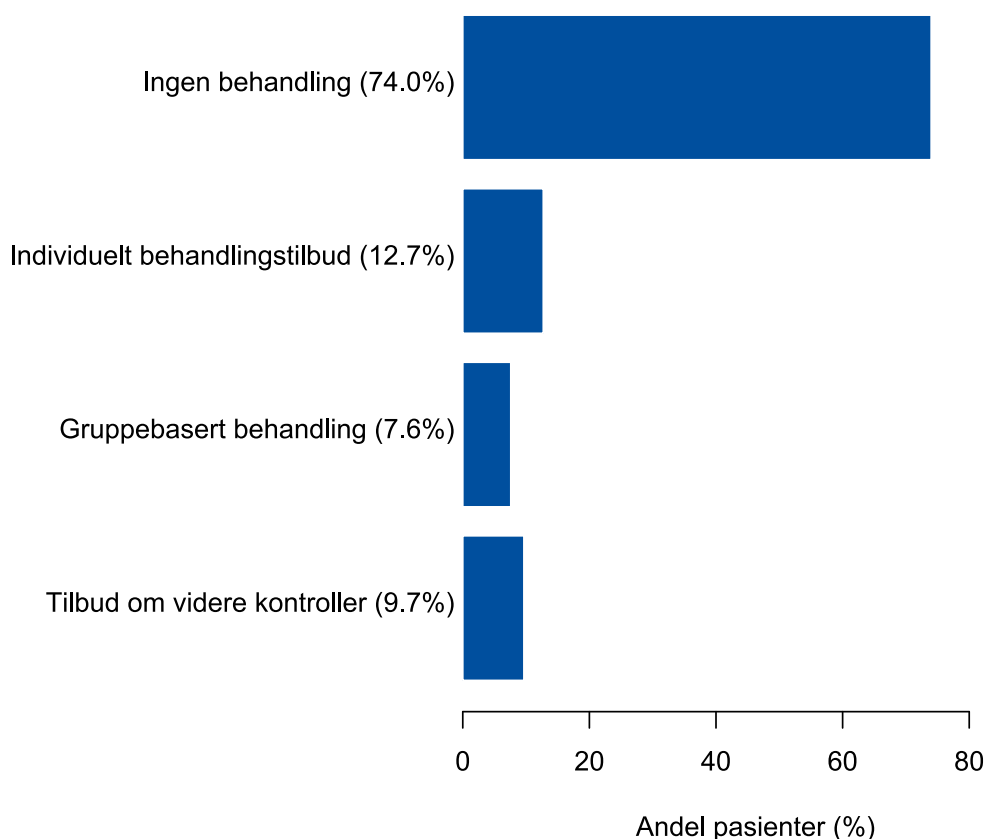
Pasientrapportert behandling

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: 2023-07-03 til 2024-06-28

Pasientrapportert behandling på nakke- og ryggpoliklinikk

■ Hele landet (N=4152)



Figur 27: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling.

I 2024 er det omtrent samme andel pasienter sammenlignet med foregående år som rapporterer at de ikke har mottatt noen behandling ved poliklinikkene.

Til sammenligning oppgis det via behandlerskjema at 46,5 % (nedgang fra 54 % i 2023) ble anbefalt oppfølgende 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 i tidligere årsrapporter observert stor diskrepans mellom andel som man via behandlerskjemaet ser har blitt henvist til vurdering av operasjon og pasientrapportert andel som har sier at operasjon har vært en del av behandlingen. Dette skyldes en feil i selve registeret (som nå

er under utbedring). Fra Figur 34 ser man at 5,7 % blir henvist til vurdering av operasjon, og fra tabell 8 ser man at 2,9 % rapporterer at de gjennomgikk operasjon etter første konsultasjon på sykehuset.

Når man ser på fordelingen av videre pasientrapportert behandling pr enhet fordeler det seg i 2024 som følgende tabell viser.

	Ingen behandling	Operasjon	Individuell behandling	Gruppe- behandling	Videre kontroller	N
Drammen	139 (87.4%)	2 (1.3%)	10 (6.3%)	6 (3.8%)	5 (3.1%)	159
Haukeland	342 (70.1%)	15 (3.1%)	50 (10.2%)	80 (16.4%)	71 (14.5%)	488
Kristiansand	414 (74.9%)	26 (4.7%)	47 (8.5%)	55 (9.9%)	31 (5.6%)	553
Levanger	6 (66.7%)	0 (0%)	2 (22.2%)	0 (0%)	2 (22.2%)	9
NLSH	34 (85%)	0 (0%)	6 (15%)	0 (0%)	2 (5%)	40
OUS	561 (68.3%)	25 (3%)	153 (18.6%)	43 (5.2%)	101 (12.3%)	821
SI-Ottestad	13 (68.4%)	0 (0%)	2 (10.5%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	19
Sandnessjøen	40 (85.1%)	1 (2.1%)	3 (6.4%)	1 (2.1%)	2 (4.3%)	47
St. Olavs	556 (75.4%)	24 (3.3%)	92 (12.5%)	44 (6%)	65 (8.8%)	737
Stavanger	237 (67.7%)	10 (2.9%)	64 (18.3%)	27 (7.7%)	55 (15.7%)	350
Stavern	464 (85.5%)	9 (1.7%)	40 (7.4%)	17 (3.1%)	22 (4.1%)	543
UNN-Harstad	11 (73.3%)	0 (0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)	15
UNN-Tromsø	211 (76.7%)	8 (2.9%)	23 (8.4%)	22 (8%)	19 (6.9%)	275
Ålesund	44 (45.8%)	2 (2.1%)	35 (36.5%)	15 (15.6%)	24 (25%)	96
Total	3072 (74%)	122 (2.9%)	528 (12.7%)	315 (7.6%)	401 (9.7%)	4152

Tabell 9: 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 fysio	Annen beh hos fysio	Manuell terapi	Psy.mot. fysio	Kiro.	Annen beh.	N
Drammen	50 (31.4%)	24 (15.1%)	14 (8.8%)	5 (3.1%)	12 (7.5%)	27 (17%)	159
Haukeland	131 (26.8%)	65 (13.3%)	39 (8%)	19 (3.9%)	37 (7.6%)	87 (17.8%)	488
Kristiansand	137 (24.8%)	72 (13%)	26 (4.7%)	8 (1.4%)	53 (9.6%)	74 (13.4%)	553
Levanger	4 (44.4%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (22.2%)	9
NLSH	8 (20%)	2 (5%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	6 (15%)	40
OUS	261 (31.8%)	105 (12.8%)	61 (7.4%)	19 (2.3%)	75 (9.1%)	107 (13%)	821
SI-Ottestad	12 (63.2%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	0 (0%)	1 (5.3%)	8 (42.1%)	19
Sandnessjøen	14 (29.8%)	10 (21.3%)	4 (8.5%)	3 (6.4%)	7 (14.9%)	8 (17%)	47
St. Olavs	222 (30.1%)	74 (10%)	45 (6.1%)	16 (2.2%)	68 (9.2%)	136 (18.5%)	737
Stavanger	122 (34.9%)	41 (11.7%)	28 (8%)	12 (3.4%)	49 (14%)	52 (14.9%)	350
Stavern	107 (19.7%)	70 (12.9%)	30 (5.5%)	16 (2.9%)	62 (11.4%)	82 (15.1%)	543
UNN-Harstad	3 (20%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)	3 (20%)	0 (0%)	15
UNN-Tromsø	67 (24.4%)	40 (14.5%)	24 (8.7%)	12 (4.4%)	33 (12%)	33 (12%)	275
Ålesund	34 (35.4%)	16 (16.7%)	4 (4.2%)	7 (7.3%)	15 (15.6%)	6 (6.2%)	96
Total	1172 (28.2%)	524 (12.6%)	280 (6.7%)	120 (2.9%)	416 (10%)	628 (15.1%)	4152

Tabell 10: 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 likt med foregående år.

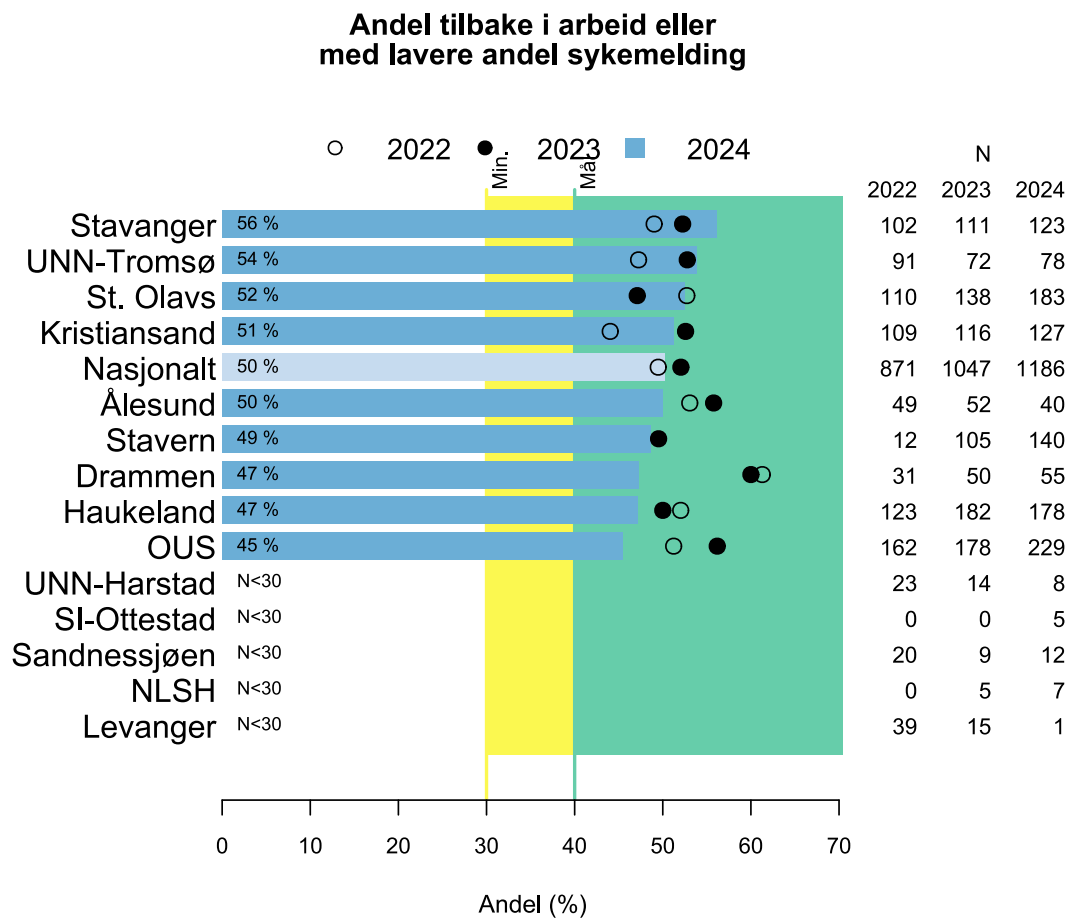
Arbeidsstatus

I 2024 var den nasjonale andelen i inntektsgivende arbeid ved første konsultasjon 44,8 %. 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. For eksempel kan man se at enkelte enheter har høyere andel pasienter med permanent uførepensjon eller alderspensjon; noe som sannsynligvis vil ha stor innvirkning på forventet bedring eller andel som returnerer til jobb.

SykehusNavn	I arbeid	Syke- meldt	Hjemme- værende (ulønnet)	Student	Arbeids- ledig	AAP	Perm. ufør	Alders- pensj.	Ikke svart	N
Drammen	52.5%	41.9%	0.8%	4.5%	2.3%	8.3%	2.3%	3.8%	0.8%	265
Haukeland	56.3%	40.9%	1.5%	6.3%	3.4%	6.9%	1.5%	1.9%	0.4%	741
Kristiansand	36.8%	28.6%	2.7%	4.9%	3.4%	12.7%	11.0%	14.2%	1.3%	770
Levanger	29.5%	24.6%	1.6%	1.6%	0.0%	13.1%	23.0%	18.0%	1.6%	61
NLSH	28.7%	23.0%	2.3%	3.4%	5.7%	34.5%	9.2%	4.6%	2.3%	87
OUS	42.9%	34.7%	2.7%	4.1%	4.6%	7.8%	5.3%	11.4%	1.9%	1402
SI-Ottestad	35.0%	41.0%	1.0%	1.0%	8.0%	21.0%	7.0%	1.0%	1.0%	100
Sandnessjøen	46.6%	37.9%	0.0%	6.9%	5.2%	17.2%	5.2%	5.2%	1.7%	58
St. Olavs	43.2%	27.9%	1.1%	5.6%	2.4%	8.6%	8.2%	17.6%	1.4%	943
Stavanger	50.0%	35.4%	1.8%	5.7%	3.0%	14.0%	4.2%	3.4%	0.4%	506
Stavern	42.8%	26.4%	2.4%	3.4%	4.1%	8.7%	7.1%	16.7%	1.9%	934
Stord	20.0%	50.0%	0.0%	0.0%	10.0%	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	10
UNN-Harstad	37.0%	44.4%	3.7%	0.0%	7.4%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	27
UNN-Tromsø	48.3%	29.7%	0.9%	5.4%	2.0%	10.0%	9.1%	8.2%	1.8%	441
Ålesund	56.2%	41.9%	1.0%	3.8%	1.0%	3.8%	2.9%	1.9%	0.0%	105
Total	44.8%	32.5%	1.9%	4.7%	3.5%	9.9%	6.4%	10.7%	1.3%	6450

Tabell 11: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig.

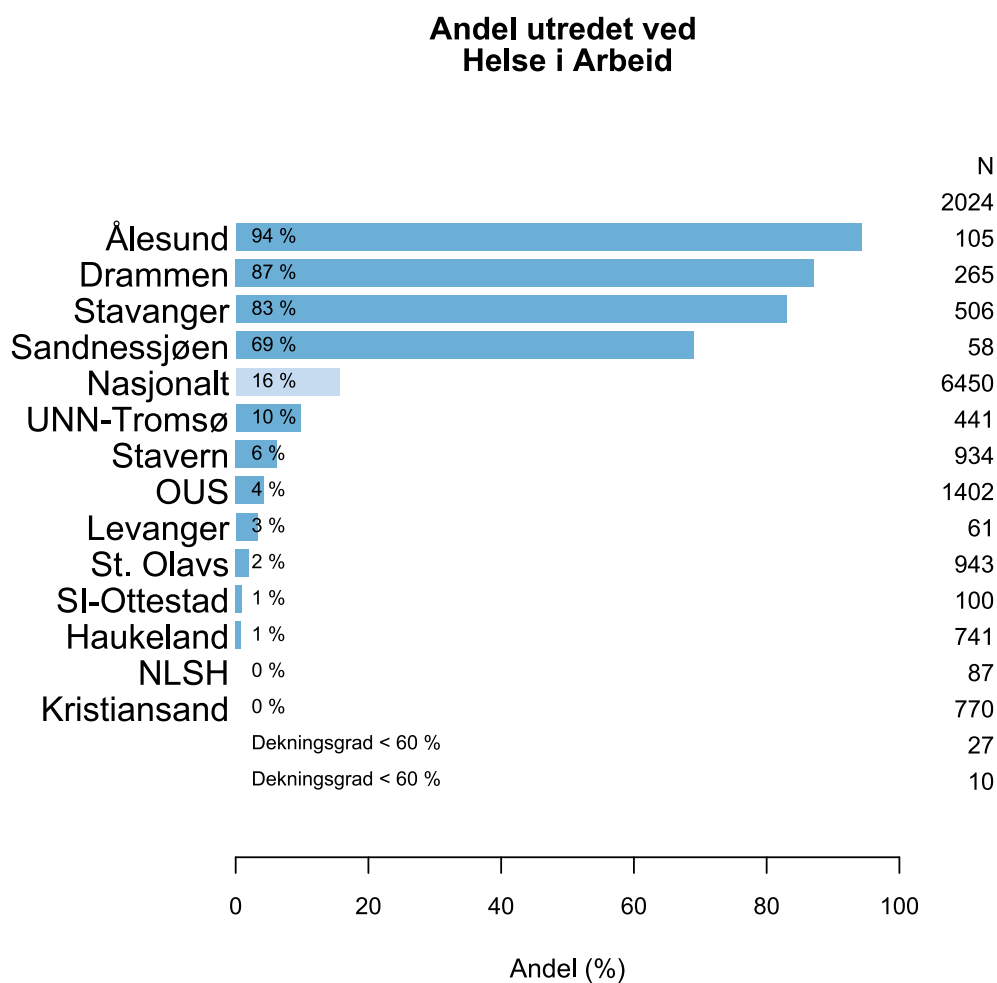
Det vil være positivt for den enkelte pasient og gunstig for samfunnet dersom pasientene klarer å gjenoppta arbeid, helt eller delvis. Kvalitetsindikator 6 ser på andel som kommer tilbake i full jobb, men man har også gjort en lik analyse der man ser på andel som er tilbake i full jobb eller med lavere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



Figur 28: Andel som er sykemeldt ved utredning som er fullt tilbake i jobb eller har redusert sykemeldingsgrad ved 6 måneders oppfølging - fordelt på enheter

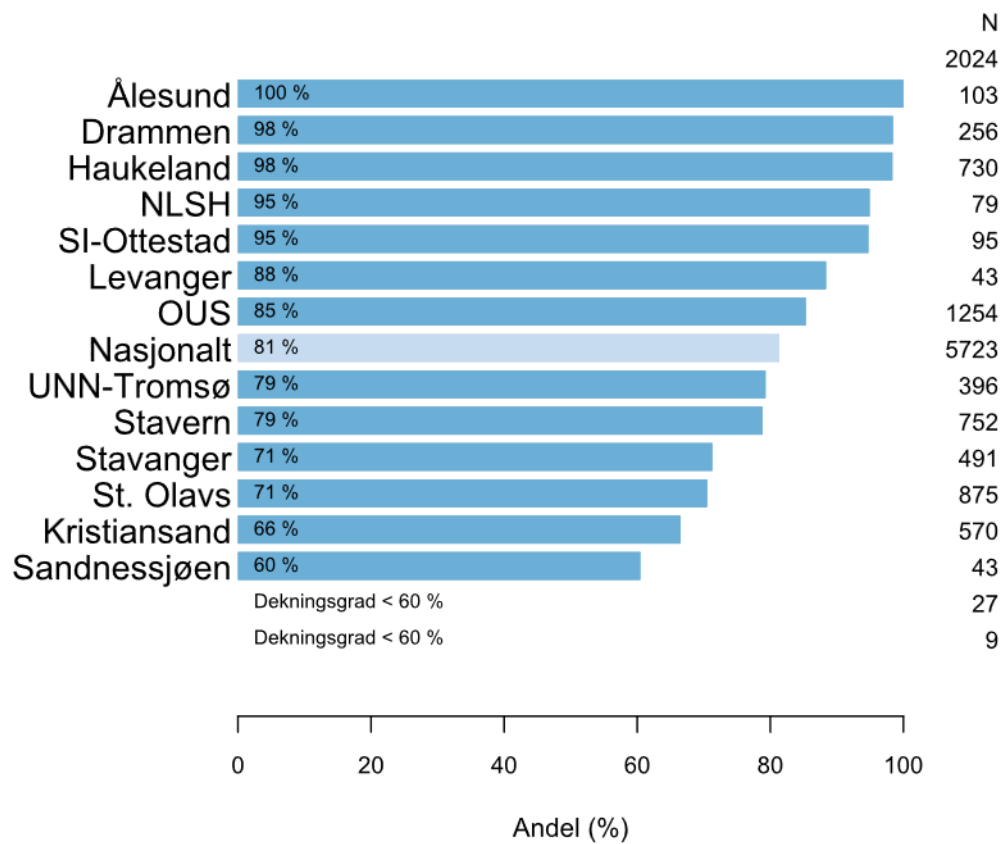
Mens 41 % er tilbake i full jobb etter 6 måneder, så stiger det til 50 % når man slår sammen de som er helt tilbake i full jobb og de har lavere sykemeldingsgrad etter 6 måneder. Jevnt over er det 5-10 % høyere andel ved de respektive enhetene som kommer i noen grad av jobb sammenlignet med bare de som kommer tilbake til full jobb. Delvis arbeidsrettet aktivitet vil alltid være bedre enn ingen arbeidsrettet aktivitet. Retningslinjene anbefaler å vurdere gradert sykemelding for pasientgruppen.

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

Andel kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning



Figur 30: Andel som får kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning ved utredningen

Diagnosefordeling

Diagnose	Antall	Andel
M545: Lumbago	2877	44,6 %
M542: Smerte i nakke	1324	20,5 %
M511: Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	404	6,3 %
M549: Uspesifisert ryggsmerte	370	5,7 %
M544: Lumbago med isjialgi	213	3,3 %
M5496: Uspesifisert ryggsmerte;lumbal	211	3,3 %
M480: Spinal stenose	186	2,9 %
M546: Ryggsmerte i torakaldelene	166	2,6 %
M501: Lidelse i cervikalskive, med radikulopati	87	1,3 %
M472: Annen spondylose med radikulopati	67	1,0 %
M5497: Uspesifisert ryggsmerte;lumbosakr	54	0,8 %
M541: Radikulopati	40	0,6 %
M431: Spondylolistese	30	0,5 %
M5486: Ann spes ryggsmerte;lumbal	29	0,4 %
M513: Annen spesifisert degenerativ lidelse i mellomvirvelskive	23	0,4 %
M419: Uspesifisert skoliose	18	0,3 %
M548: Annen spesifisert ryggsmerte	14	0,2 %
M5412: Radikulopati;cervikal	13	0,2 %
M4806: Spinal stenose;lumbal	12	0,2 %
M510: Lid. i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, m. myelo.	12	0,2 %

Tabell 12: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser.

Det framkommer fra tall fra 2024 at hovedandelen av pasientene har uspesifikke nakke og ryggdiagnoser som første innlagte diagnose. Man kan ikke med sikkerhet si om dette er pasientens hoveddiagnose i klinisk journal, men man vet at det er den første diagnosen helsepersonellet har lagt inn i behandlerskjemaet som de mener gjør pasienten relevant for registeret. Det ble i 2023 gjort en teknisk endring i behandlerskjemaet 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. I 2024 ble det ytterligere gjort en endring ved at man nå henter diagnosen direkte fra ICD-10 framfor fra en forhåndsbestemt diagnoseliste. Dette åpner opp for at andre uspesifikke diagnoser kan tas i bruk. Et varsel kommer opp dersom første diagnose ikke er nakke/rygg-relatert.

De vanligste uspesifikke diagnosene er M54.5 *Lumbago*, M54.2 *Smerte i nakke*, M549 *Uspesifisert ryggsmerte*, M54.4 *lumbago med isjialgi* og M54.96 *uspesifisert ryggsmerte lumbal*. Til sammen utgjør disse fem mest brukte uspesifikke diagnosene 86,9 %, noe som viser at uspesifikke tilstander er mest utbredt. Videre har en del av pasientene 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 6,3 % av pasientene. Det er ikke gjort analyser som sier noe om disse pasientene hovedsakelig er henvist direkte fra fastlege eller er henvist fra annen sykehusavdeling (eksempelvis fra nevrokirurg med anbefaling om konservative oppfølging). Man ser variasjon i andel pasienter som tidligere gjennomført kirurgi ved de forskjellige enhetene, samt at man vet at enkelte enheter i større grad enn andre enheter gjør vurderinger av pasienter som er henvist med operasjonsindikasjon fra fastlegen.

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.

Avdeling	Antall	N	Andel (%)
Drammen	13	265	4,9
Haukeland	457	741	61,7
Kristiansand	0	770	0,0
Levanger	10	61	16,4
NLSH	11	87	12,6
OUS	5	1402	0,4
SI-Ottestad	84	100	84,0
Sandnessjøen	37	58	63,8
St. Olavs	45	943	4,8
Stavanger	3	506	0,6
Stavern	49	934	5,2
Stord	7	10	70,0
UNN-Harstad	2	27	7,4
UNN-Tromsø	58	441	13,2
Ålesund	60	105	57,1
Totalt	841	6450	13,0

Tabell 13: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet

I 2024 ser man at 13 % møter to eller flere faggrupper ved første konsultasjon, samt at det er enorm geografisk variasjon i andelen. Det er tydelig at de respektive enhetene organiserer sine tjenester forskjellig.

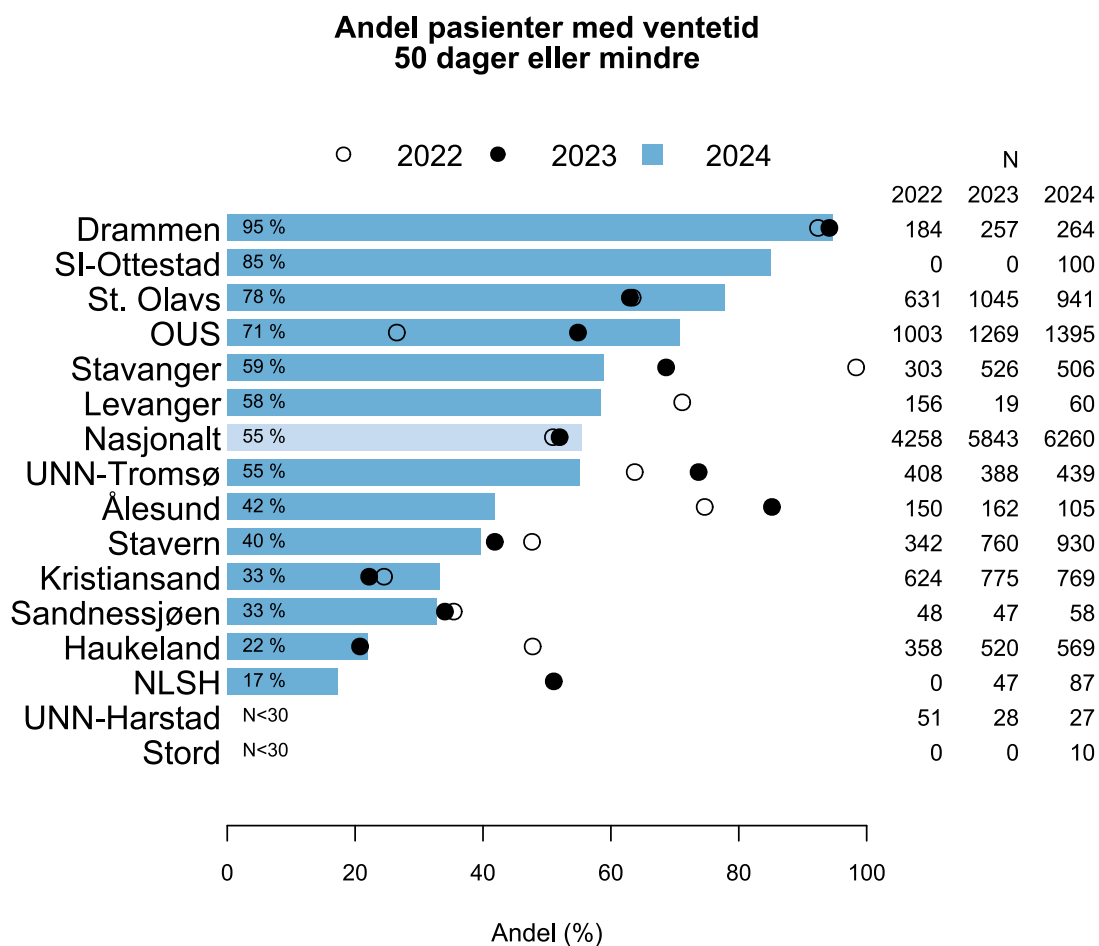
SykehusNavn	Lege	Fysioterapeut	Sykepleier	Psykolog	Sosionom	Andre	N
Drammen	23	255	0	0	0	0	265
Haukeland	352	582	384	16	0	0	741
Kristiansand	573	197	0	0	0	0	770
Levanger	61	9	0	0	2	0	61
NLSH	32	60	0	0	6	0	87
OUS	1402	4	0	0	1	0	1402
SI-Ottestad	95	74	0	0	63	0	100
Sandnessjøen	38	53	5	0	10	12	58
St. Olavs	522	464	0	0	3	3	943
Stavanger	506	3	0	0	0	0	506
Stavern	382	601	0	0	0	0	934
Stord	10	7	0	0	2	0	10
UNN-Harstad	1	26	0	1	0	2	27
UNN-Tromsø	84	401	0	10	1	6	441
Ålesund	78	69	0	0	0	18	105

Tabell 14: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene

Ved å se på tallene kan man også spore store forskjeller i hvilket helsepersonell som 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 91 % en fysioterapeut (oftest monofaglig) ved første konsultasjon. Det er med andre ord til dels store geografiske variasjoner 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 hvor stor andel pasienter får et tilbud innen 50 dager.



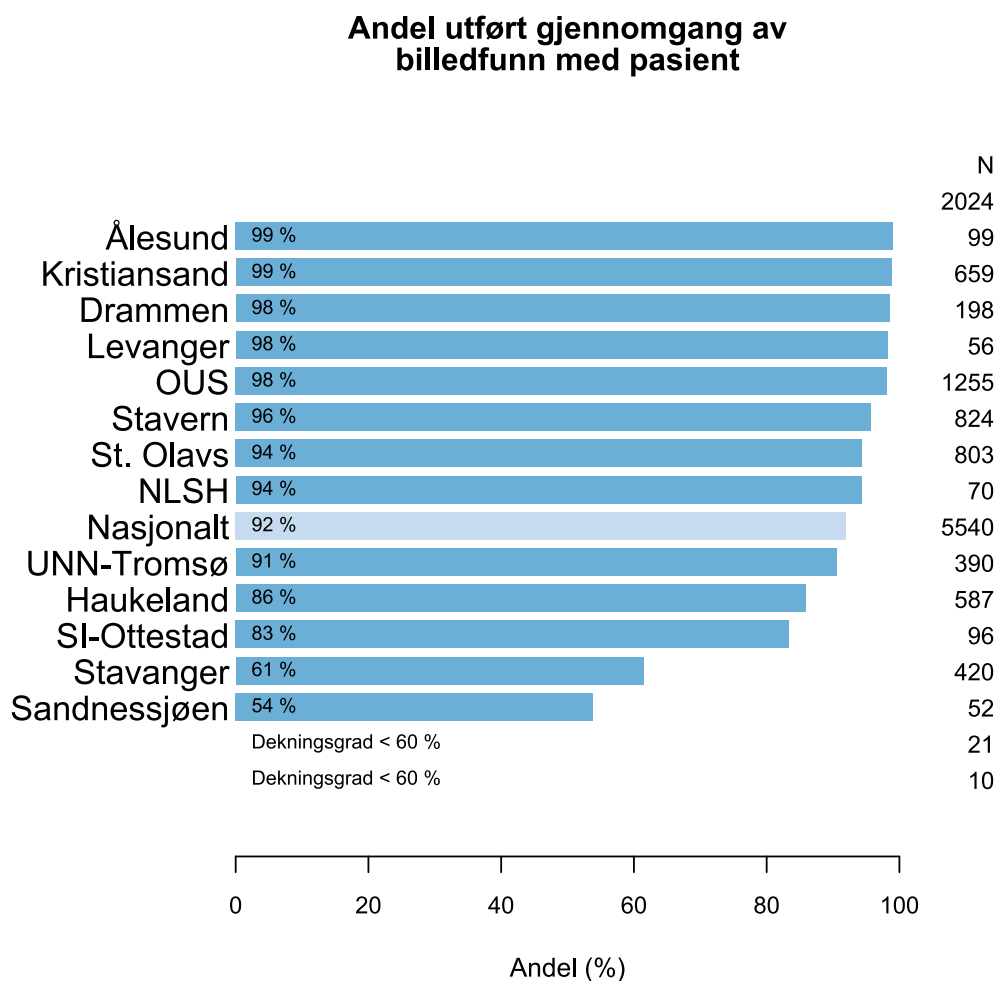
Figur 31: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter

Man ser her at nasjonalt mottar 55 % et tilbud innen fristen på 50 dager. Det er svært stor geografisk variasjon mellom enhetene her.

Innhold i første konsultasjon

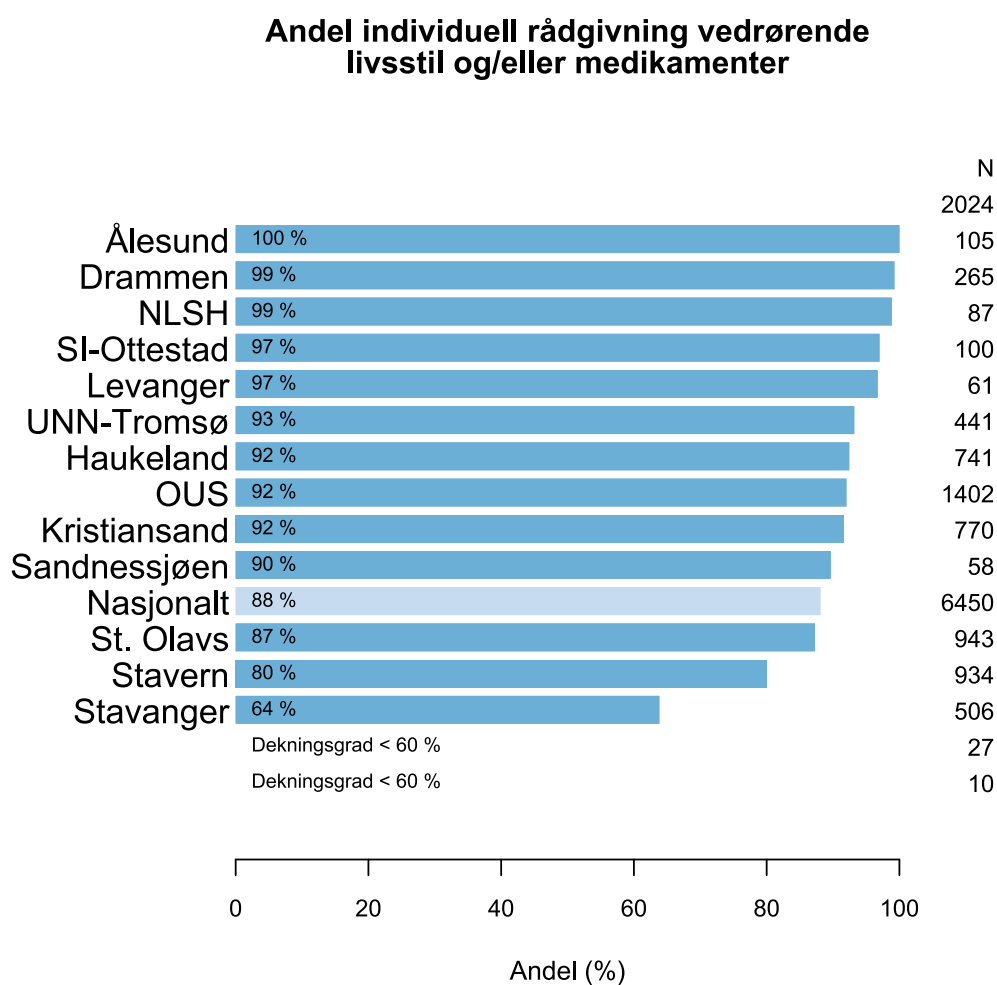
Nasjonal veileder anbefaler at spesialisthelsetjenesten tilbyr flere elementer, både utredning og behandlingstiltak, i møte med ryggpasienten [1]. Hvilke elementer som blir inkludert allerede i første konsultasjon er derfor interessant. En av disse variablene er blitt implementert som ny kvalitetsindikator på prosess (se kap. 2.1.8, 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:



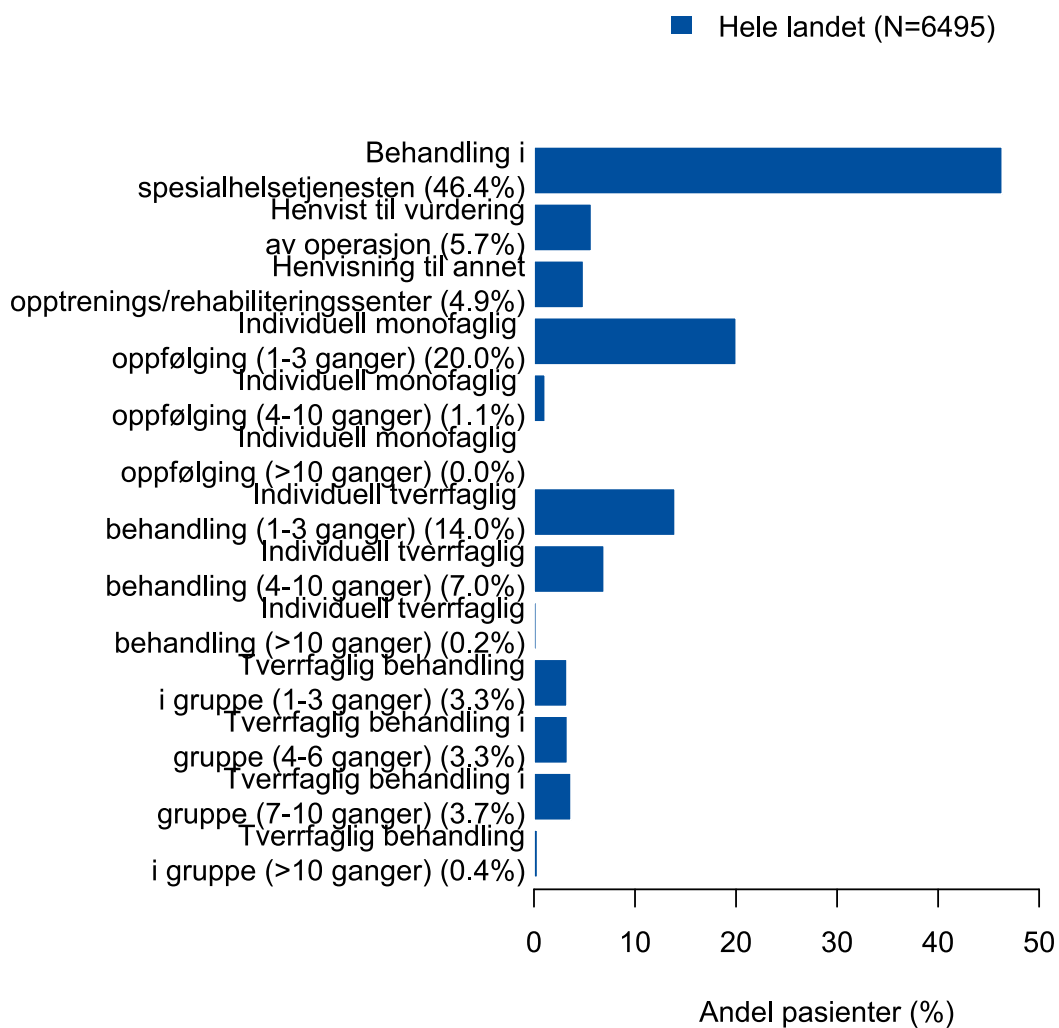
Figur 33: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter

Behandlingsløype anbefalt etter første konsultasjon – behandlerrapportert

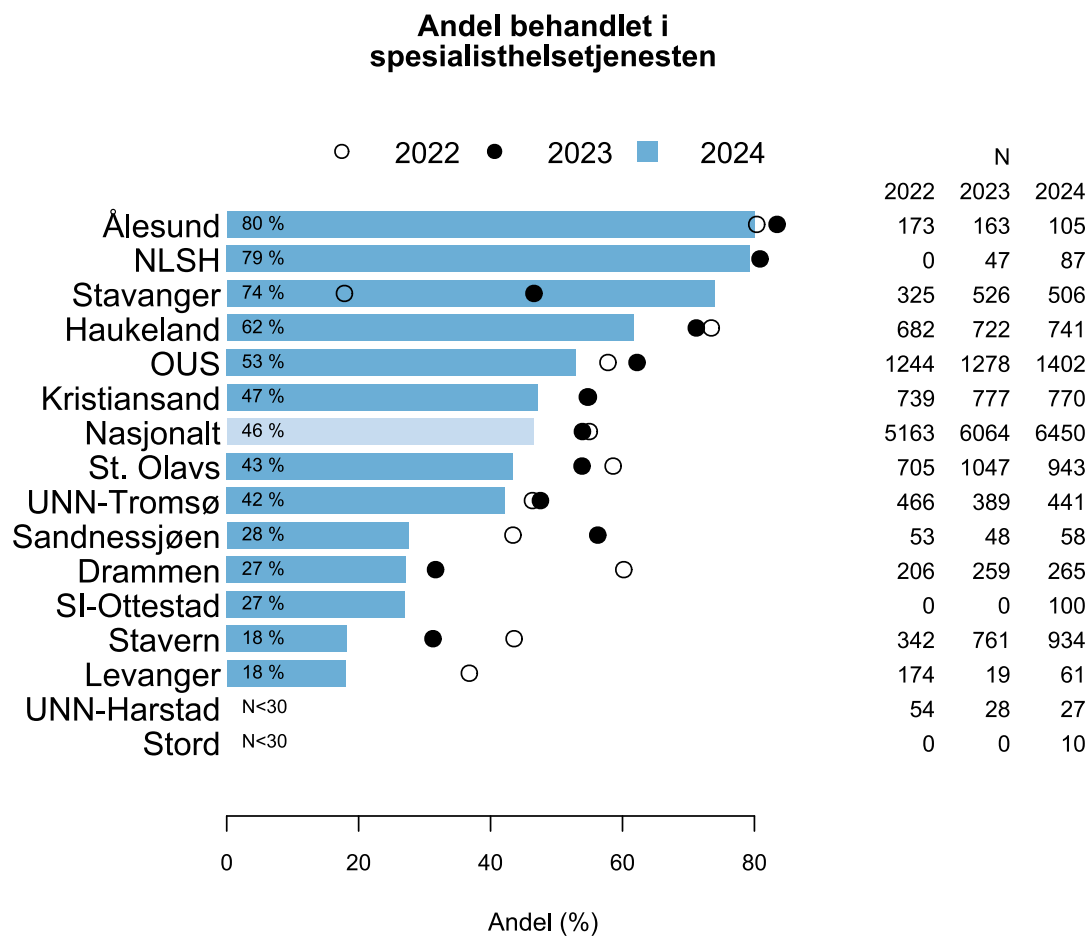
46,5 % av pasientene anbefales oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Dette er nedgang fra 53,8 % i 2023. Hver pasient kan få flere behandlingstiltak.

Besoksdato: 2024-01-01 til 2024-12-31

Behandling i spesialisthelsetjenesten



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



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

SykehusNavn	Beh. i spes. tj.	Henv. til vurd. av opr.	Henv. til rehab.	Ind. mono. oppf. (1-3)	Ind. mono. oppf. (4-10)	Ind. tverrf. beh. (1-3)	Ind. tverrf. beh. (4-10)	Ind. tverrf. beh. (>10)	Tverrf. Beh. grp (1-3)	Tverrf. Beh. grp (4-6)	Tverrf. Beh. grp (7-10)	Tverrf. Beh. grp (>10)	N
Drammen	27.2%	0.0%	0.4%	24.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	265
Haukeland	61.7%	2.0%	14.2%	31.2%	1.6%	25.4%	3.6%	0.0%	0.1%	8.6%	11.9%	0.4%	741
Kristiansand	47.1%	13.5%	2.7%	17.1%	0.1%	26.2%	2.6%	0.0%	22.7%	2.7%	0.0%	0.1%	770
Levanger	18.0%	6.6%	11.5%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	9.8%	0.0%	0.0%	61
NLSH	79.3%	0.0%	4.6%	37.9%	9.2%	14.9%	16.1%	1.1%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	87
OUS	52.9%	5.8%	4.0%	20.5%	1.4%	16.9%	8.6%	0.8%	0.1%	4.4%	2.9%	1.3%	1402
SI-Ottestad	27.5%	0.0%	6.9%	16.7%	0.0%	1.0%	1.0%	0.0%	0.0%	11.8%	0.0%	0.0%	102
Sandnessjøen	27.6%	0.0%	5.2%	13.8%	1.7%	1.7%	0.0%	0.0%	1.7%	19.0%	0.0%	0.0%	58
St. Olavs	43.7%	10.0%	7.9%	27.0%	0.8%	8.0%	1.8%	0.0%	0.2%	3.1%	3.0%	0.1%	959
Stavanger	73.9%	0.4%	0.0%	9.1%	0.4%	25.9%	38.5%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	506
Stavern	17.9%	6.1%	0.0%	11.9%	0.6%	2.7%	0.5%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	961
Stord	50.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10
Total	46.4%	5.7%	4.9%	20.0%	1.1%	14.0%	7.0%	0.2%	3.3%	3.3%	3.7%	0.4%	6495
UNN-Harstad	48.1%	0.0%	7.4%	33.3%	7.4%	7.4%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	14.8%	3.7%	27
UNN-Tromsø	42.2%	1.8%	7.7%	20.0%	1.4%	2.7%	0.2%	0.0%	1.4%	0.0%	17.7%	0.0%	441
Ålesund	80.0%	1.9%	2.9%	10.5%	6.7%	13.3%	49.5%	1.9%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	105

Tabell 15: 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 behandlingsløyper. Man ser stor variasjon i både andel som i det hele tatt tilbys noen form for oppfølgende 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 struktur for utredning, 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 likeverdig tilbud til alle pasienter på landsbasis. Det har også vært en nasjonal nedgang i andel som mottar videre behandling i spesialisthelsetjenesten (fra 53,8 % i 2023 til 46,4 % i 2024).

Sykehus	Trening / aktivisering	Arbeids- messig oppfølging	Kognitiv tilnærming	Undervisning	Opp- merk. trening og kropps- bev.	N
Drammen	7.9%	6.0%	92.5%	26.0%	0.0%	265
Haukeland	58.4%	28.7%	39.4%	28.7%	47.6%	741
Kristiansand	39.6%	6.0%	37.7%	36.6%	22.2%	770
Levanger	16.4%	0.0%	3.3%	11.5%	3.3%	61
NLSH	9.2%	6.9%	78.2%	67.8%	56.3%	87
OUS	47.2%	14.6%	35.1%	22.3%	21.4%	1402
SI-Ottestad	14.7%	7.8%	15.7%	26.5%	10.8%	102
Sandnessjøen	31.0%	19.0%	24.1%	22.4%	19.0%	58
St. Olavs	49.5%	12.9%	34.7%	34.9%	21.0%	959
Stavanger	73.9%	56.7%	6.5%	46.8%	5.7%	506
Stavern	4.4%	0.8%	11.7%	17.7%	0.1%	961
Stord	80.0%	40.0%	0.0%	50.0%	10.0%	10
UNN-Harstad	48.1%	25.9%	18.5%	22.2%	7.4%	27
UNN-Tromsø	33.8%	18.1%	23.8%	21.3%	21.1%	441
Ålesund	70.5%	46.7%	63.8%	30.5%	7.6%	105
Total	40.1%	16.4%	31.9%	28.7%	19.0%	6495

Tabell 16: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig.

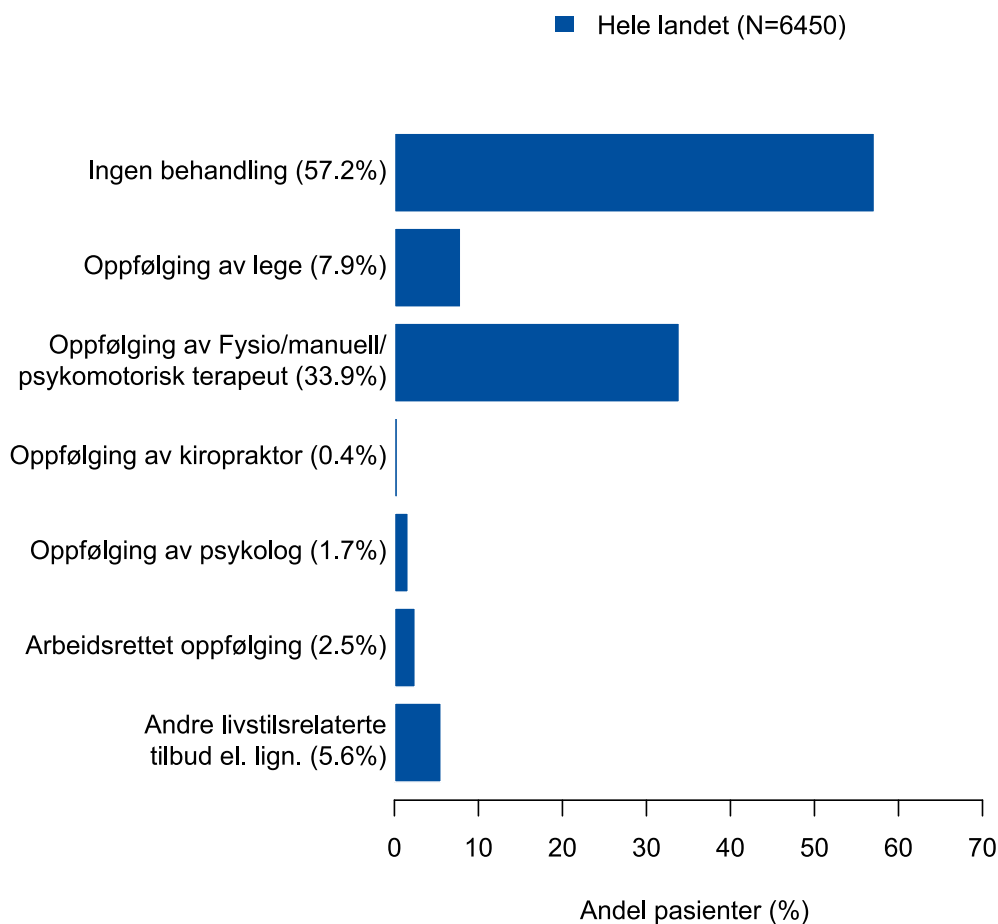
Drammen, Nordlandssykehuset og Stavern skiller seg ut med at de i liten grad har arbeidsmessig oppfølging i behandlingen. Samtidig kan man se av figur 30 at alle enheter har til dels stor andel som kartlegges i forhold til arbeidsevne i utredningen. Grad av arbeidsmessig oppfølging i en eller annen form vil være interessant å analysere videre i framtiden ettersom flere enheter anbefaler eksempelvis HelselArbeid-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: 2024-01-01 til 2024-12-31

Behandling utenfor spesialisthelsetjenesten



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

SykehusNavn	Ingen beh.	Lege	Fysio/ manuell/ psykomot. terapeut	Kiropraktor	Psykolog	Arbeids- rettet opp- følging	Andre livsstils- relaterede tilbud e.l. lign.	N
Drammen	32.1%	1.1%	65.7%	0.0%	4.5%	1.1%	33.6%	265
Haukeland	61.9%	4.3%	26.7%	0.1%	4.2%	5.9%	4.3%	741
Kristiansand	54.5%	17.0%	36.8%	0.3%	0.1%	0.0%	6.0%	770
Levanger	42.6%	6.6%	45.9%	0.0%	1.6%	1.6%	11.5%	61
NLSH	27.6%	42.5%	36.8%	0.0%	5.7%	5.7%	10.3%	87
OUS	40.5%	6.1%	53.2%	0.5%	1.6%	2.0%	2.1%	1402
SI-Ottestad	8.0%	18.0%	73.0%	1.0%	1.0%	11.0%	23.0%	100
Sandnessjøen	12.1%	50.0%	67.2%	0.0%	1.7%	12.1%	3.4%	58
St. Olavs	63.8%	4.3%	30.1%	0.4%	0.5%	1.8%	2.2%	943
Stavanger	86.4%	1.2%	4.3%	0.2%	0.8%	0.8%	7.9%	506
Stavern	88.8%	1.1%	5.9%	0.3%	0.2%	1.3%	3.5%	934
Stord	90.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	10
UNN-Harstad	7.4%	22.2%	66.7%	7.4%	7.4%	29.6%	33.3%	27
UNN-Tromsø	37.2%	15.2%	47.6%	0.5%	4.1%	3.4%	4.1%	441
Ålesund	44.8%	38.1%	25.7%	1.9%	1.0%	4.8%	1.9%	105
Total	57.2%	7.9%	33.9%	0.4%	1.7%	2.5%	5.6%	6450

Tabell 17: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig.

Over halvparten av pasientene anbefales ikke videre oppfølging utenfor sykehus, men her er det til dels store geografiske forskjeller. Dette samsvarer med tidligere år.

Det er påfallende at svært få pasienter anbefales psykolog (1,7 %), 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

4 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Muskel- og skjelettlidelser er svært vanlige i befolkningen i verden [25] 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 [26]. De fleste nakke- og ryggpasienter skal behandles i primærhelsetjenesten. I nasjonale kliniske retningslinjer [1] 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). 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
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	Formålet med registeret er å bedre kvaliteten på pasienttilbudet ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene. Kunnskap hentet fra registeret brukes til følgende: - 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. Registeret vil etter analyse av data og kvalitetsindikatorer bidra til iverksetting av forbedringsprosjekter.
Analyser som belyser registerets formål	Kartlegging av pasientkarakteristika gir indikasjon om de rette pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering. For 2024 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 om enhetene har forskjeller i pasientpopulasjon ved baseline som kan forklare variasjon i resultater. NNRR innhenter pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål. Alle innhentede data publiseres på enhetsnivå

	gjennom kvartalsrapporter til hver enkelt enhet, samt på enhetsnivå via årsrapport og på interaktiv resultatportal.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	Behandlingsgrunnlag for registeret er i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e (allmenn interesse) og forskrift om medisinske kvalitetsregistre. 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. DPIA er utarbeidet av dataansvarlig for det nasjonale registeret. Registeret er tildelt nasjonal status av Helsedirektoratet, 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.
Databehandler	Norsk Helsenett, HEMIT, SKDE
Dataansvarlig	Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord RHF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaklinformasjon	Faglig leder Maja Wilhelmsen, maja.wilhelmsen@unn.no Daglig leder Kjetil Magne Samuelsen, kjetil.magne.samuelsen@unn.no Registersekretær Elin Golde, nakkerygg@unn.no
Fagrådets medlemmer	Christoph Schäfer, Overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord Mathias Jeppesen Jensen, Fysioterapeut, Nordlandssykehuset HF, Helse Nord Lars Vikan Rise, Fysioterapeut, St.Olavs Hospital HF, Helse Midt Kristina Milosevic, Overlege, Møre og Romsdal HF, Helse Midt (har konstituert vikar Liv Ingebjørg Schrøder, Fysioterapeut, Møre og Romsdal HF, Helse Midt) Ståle Mathiassen, Overlege, Helse Stavanger HF, Helse Vest Thomas Kadar, Overlege, Helse Bergen HF, Helse Vest Kjersti Myhre, Overlege, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst, (Fagrådsleder) Arild Kjetså, Overlege, Sørlandet sykehus HF, Helse Sør-Øst John Bjørneboe, Overlege, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, forskningsansvarlig Thor Einar Holmgard, Ryggforeningen i Norge, brukerrepresentant
Aktivitet i fagrådet	Fagrådet hadde i 2024 fem nettbaserte møter og et fysisk møte i forbindelse med registerets fagdag, samt løpende kontakt via epost. Prioriterte oppgaver 2024: • Gjennomgang av søknader om utlevering av data • Deler av fagrådet har vært involvert i utarbeiding av kohort-artikkel om NNRR • Utarbeiding av årsrapport • Planlegge fagdag • Datatilsynsak

	• Revidere kvalitetsindikatorer
Inklusjonskriterier	Pasienter henvist grunnet nakke og/eller ryggproblematikk til tverrfaglige poliklinikker tilknyttet fysikalsk medisinsk miljø ved norske sykehus. Pasienter skal være over 18 år.
Metode for datafangst	• Pasientskjema før behandling (fra 2015, helelektronisk fra oktober 2020) ○ 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) ○ 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) ○ 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) ○ 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	Medisinsk registersystem (MRS) via Norsk helsenett: https://mrs.nhn.no/ Fra 2015, med overgang til helelektronisk løsning oktober 2020 da alle skjema ble innhentet digitalt.
Metadata	Metadata er publisert på Helsedata.no 04. juni 2025.
Innsynsløsning	Registeret har innsynsløsning via HelseNorge. Løsningen ble etablert i 2022.
Antall pasienter i 2024	6485
Totalt antall pasienter	35780 (pr. 21.mars 2025)
Stadium og nivå	Stadium 3A

5 Datakvalitet

5.1 Tilslutning og antall registreringer

Registeret hentet i 2024 data fra 15 av 16 tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker hvor alle de fire helseregioner var representert.

Totalt har **6862** pasienter ferdigstilt et pasientskjema i MRS-systemet i 2024 (årsak til diskrepans med tall i tabell 16 og 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 6265 i 2023. Totalt sett er det pr. 21.03 2025 registrert **35780** pasienter i Norsk Nakke og Ryggregister. Se tabell 17 i kap. 4.2.2 for tabell med dekningsgrad og antall aktuelle pasienter på enhetsnivå.

Sykehus	Antall pasienter
Haukeland universitetssykehus	741
Oslo Universitetssykehus	1397
Stavanger	506
St. Olavs Hospital	952
Sørlandet sykehus	767
Sykehuset i Vestfold Stavern ²	966
Drammen	264
UNN Tromsø	440
Ålesund	105
Sandnessjøen	58
UNN Harstad	27
Nordlandssykehuset	87
Levanger ¹	61
Sykehuset Innlandet	102
Helse Fonna ³	12
Kirkenes ⁴	Leverer ikke data
Totalt unike pasienter alle sykehus	6485

Tabell 18: Aktuelle enheter for NNRR i 2023. Tabellen viser antall unike pasienter med ferdigstilt pasientskjema og behandlerskjema i 2023.

¹Levanger gjenopptok levering av data i starten av året etter at de grunnet personellmangel i 2023 stoppet innlevering. ²Stavern tok i 2024 over de fysikalskmedisinske pasientene fra Sykehuset i Telemark. Sykehuset i Telemark er derfor tatt bort som aktuell enhet i 2024. ³Helse Fonna er ny aktuell enhet i 2024, og begynte innlevering til registeret helt på slutten av 2024. ⁴Kirkenes leverte ikke data i 2024, men har begynt å levere data i 2025.

5.2 Dekningsgrad og responsrate

5.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

NNRR er et tjenesteregister som i 2024 inkluderte spesifikke poliklinikker ved 15 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 01.01.2024-31.12.2024. Dekningsgradanalysen er senest oppdatert 21.05.2025.

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 behandlerkjema. 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 N/R-poliklinikken/enheten registrert i NNRR inkludert.

N/R-poliklinikken som ikke er tilknyttet NNRR er pr i dag ikke inkludert i dekningsgradsanalysen. Det er vanskelig å få et estimat over aktuelle pasienter fra denne enheten pga. man må ha et system lokalt for å skille ut aktuelle pasienter fra annen muskel- og skjelettutredning. Dog er enheten som ikke leverer data i 2024 liten, og man har dermed et bortimot komplett register.

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

5.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

Sykehus	Registreringer	Innrapportert aktuelle	Dekningsgrad
Haukeland universitetssykehus	741	802	92,4 %
Oslo Universitetssykehus	1397	1800	77,6 %
Stavanger	506	632	80,1 %
St. Olavs Hospital	952	1248	76,3 %
Sørlandet sykehus	767	1026	74,8 %
Sykehuset i Vestfold Rehabilitering Stavern	966	1395	69,2 %
Vestre Viken Drammen	264	378	69,8 %
UNN Tromsø	440	529	83,2 %
Møre og Romsdal, Ålesund	105	119	88,2 %
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	58	62	93,5 %
UNN Harstad	27	43	62,8 %
Nordlandssykehuset	87	110	79,1 %
Sykehuset Innlandet	102	131	77,9 %
Levanger	61	100	61,0 %
Helse Fonna	12	15	80,0 %
Totalt unike pasienter alle sykehus	6485	8390	77,3 %

Tabell 19: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2024. Skjemadato fra og med 01.01.2024 frem til 31.12.2024.

5.2.3 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 17. I tillegg innhentes pasientrapporterte data via oppfølgingsskjema etter 6 måneder og 12 måneder. For denne rapporten meldes det skjema innhentet i 2024; og dermed innhentes det oppfølgingsskjema etter 6 måneder fra pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.juli 2023 - 30.juni 2024 og oppfølgingsskjema etter 12 måneder fra pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.januar - 31.desember 2023. NNRR har et mål om responsrate på >60 % av alle oppfølgingsskjema fra registreringsperioden.

Sykehus	Antall aktuelle 6mnd	Rate (%) 6mnd	Antall aktuelle 12mnd	Rate (%) 12mnd
Haukeland	735	66,4	722	62,6
OUS	1259	65,2	1278	56,9
St. Olavs	1133	65,0	1047	63,1
UNN-Harstad	20	75,0	28	67,9
UNN-Tromsø	412	66,7	389	60,4
Kristiansand	793	69,7	777	65,5
Levanger	10	90,0	19	52,6
Sandnessjøen	58	81,0	48	54,2
Stavanger	515	68,0	526	61,6
Ålesund	127	75,6	163	62,6
Stavern	823	66,0	761	57,0
NLSH	80	50,0	47	70,2
Drammen	263	60,5	259	50,6
Innlandet	23	82,6	0	0
Nasjonalt	6251	66,4	6064	60,4

Tabell 20: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingsskjema etter 6 måneder og 12 måneder.

Responsraten ved 6 måneder er 66,4 % og 12 måneder på 60,4 %, samt det er 47,2 % av aktuelle pasienter som har fylt ut begge oppfølgingsskjemaer. Dette viser også at det er en andel som kun har 6 måneder oppfølgingsskjema, og en andel som kun har 12 måneder oppfølgingsskjema. Responsrater for oppfølgingsskjemaer er relativt like som foregående år. Det er som forventet at en noe mindre andel fyller ut oppfølgingsskjema ved 12 måneder enn ved 6 måneder, og dette er også likt med foregående år.

5.3 Vurdering av datakvalitet

Kompletthet – tilknytning og dekningsgrad

NNRR er geografisk representert i alle regioner, hvilket er en fordel med tanke på kompletthet. NNRR økte andelen enheter fra 13 i 2023 til 15 av 16 i 2024. NNRR har i tillegg knyttet seg til den siste aktuelle enheten med oppstart registrering i starten av 2025 (Kirkenes). Det finnes også underavdelinger ved enkelte sykehus som ikke rapporterer inn data pdd. Et eksempel på dette er HIA-enheten i Bodø, der man planlegger igangsettelse ila 2025. Basert på forventet pasientmasse fra enheter som gjenstår, kan man anse det som at NNRR dekker tilnærmet hele den aktuelle pasientgruppen i Norge i 2024.

Dekningsgraden ligger i 2024 på nivå med foregående år siden oppstart av den helelektroniske datainnsamlingen oktober 2020, dog med en svak positiv trend. Det er fortsatt mulig for pasienter å

fylle ut skjema ved oppmøte, men dette rapporteres å skje i liten grad. Dekningsgraden er >70 % ved de fleste enhetene og >60 % ved alle enheter. Dette er en forbedring fra foregående år. I 2024 begynte man å gjennomføre årlige enhetsmøter med hver enkelt enhet der rutiner for inkludering av pasienter og tellerutiner for aktuelle pasienter er et fast tema. Ved disse møtene kommer det fram enkelte misforståelser i forhold til telling av pasienter og opprydding i skjemaer. Det er derfor fortsatt behov for å bedre interne rutiner for opplæring og oppretting av NNRR-forløp i MRS.

Det er flere ferdigstilte pasientskjema enn ferdigstilte behandlerskjema. Dette viser at registeret må fortsatt jobbe videre med oppfølging av lokale enheter for å bedre rutiner for ferdigstilling av behandlerskjema. Totalt sett betyr det at den framtidige dekningsgraden potensielt kan løftes ytterligere gjennom enda bedre rutiner.

Variabelkompletthet

De aller fleste variabler i behandlerskjema er obligatoriske. Behandlerskjemaet i 2024 er 100 % utfylt for obligatoriske variabler. Ikke-utfylt på ikke-obligatoriske variablene ligger på 3,3-17,5 %. Det er også 2,5 % ikke-utfylt i forhold til ventetid.

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 46 % ikke-utfylt.

Sentrale PROMs før utredning som for eksempel beregning av score for ODI har 1,6 % ikke-utfylt, HSCL10 score har 1,5 % ikke-utfylt, FABQ score for fysisk aktivitet har 1,2 % ikke-utfylt og FABQ score for jobb har 2,7 % ikke-utfylt. På EQ-5D-5L-score er det høyere ikke-utfylt med 15,1 % på og 14,4 % ikke-utfylt på EQ VAS. Årsak til høyere andel ikke-utfylt på EQ-5D-5L score kan være forårsaket at score ikke regnes ut om det mangler en enkelt item. På andre PROMs kan man tillate at det mangler 1-2 items og likevel regnes ut en gyldig score. Man kan også se en tendens til at enkelte variabler som omhandler jobb har noe høyere grad av ikke-utfylt; eksempelvis har «ProfessionWantedBack» 12,7 % ikke-utfylt.

Andelen ikke-utfylt er lavere på oppfølgingsskjema enn på baselineskjema, dette gjelder også EQ-5D-5L-score der ikke-utfylt ligger på 6,6 % og EQ-VAS på 4,7 %.

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 gjort en studie i forhold til «Responsiveness» og «Minimum Important Change (MIC)» [2]. Denne studien har evaluert evnen til de aktuelle PROMs å spore endring hos pasienten over tid (Responsiveness) og hva som er de minste endringene på ODI, NRSa (Smerte i aktivitet) og EQ-5D-5L som pasienten oppfatter som viktig (MIC).

De aktuelle PROMs ble sammenlignet med pasientens rapporterte bedring/forverring på PGIC (se kapittel 3.2.11). ODI ble vurdert som responsiv for pasienter som rapporterer bedring. NRSa viste bare adekvat responsiveness ved 6 måneders oppfølging. Eq-5D-5L viste kun adekvat responsiveness ved 12 måneders oppfølging og spesielt for gruppen som rapporterte mye bedring. NRSa var ikke responsiv for forverring, mens ODI og EQ-5D-5L kun var responsiv for de pasientene som rapporterte «mye verre» ved oppfølging.

NRSa MIC-verdi for mye bedring var 2,5 og 1,5 for bedring. For ODI varierte fra 9.5 til 12,5 ved 6 og 12 måneder oppfølging for mye bedring. MIC for EQ-5D-5L var 0,12 for mye bedring. Resultater fra

denne studien [2] ble brukt for å juster kvalitetsindikatorene 2, 4 og 5 i fagråd mai 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 hva pasienten faktisk har gjennomført. Det selvrapposteres også av pasient på pasientskjema ved 6 og 12 måneder hva de angir at de har gjennomgått av tiltak ved sykehuset – men her er det ikke gjort noen sammenligningsanalyser av hva behandler anbefaler, hva som faktisk ble gjennomført og hva pasient rapporterer å ha gjennomført.

Det er ikke gjort sammenligningsanalyser med gullstandard (pasientjournal eller NPR-data). Men i arbeidet med metadata ble det tilfeldigvis oppdaget en teknisk feil i det elektroniske spørreskjemaet for variabel som rapporterte om pasienten hadde gjennomgått operasjon i perioden mellom første konsultasjon og oppfølging ved 6 måneder. Man gjorde da en ny opptelling (på korrekt variabel for rapportering av gjennomgått operasjon) av antall pasienter i NNRR-data som rapporterte at de hadde gjennomgått operasjon i oppfølgingsperioden etter første konsultasjon (2,3 % i perioden 2021-2023). Dette samsvarer med tall fra NPR der 3,3 % av pasienter registrert i NNRR i perioden 2016-2020 gjennomgikk operasjon i samme tidsperiode – dog uten tidsavgrensning til oppfølgingsperiode, og man regner derfor med at NPR-data vil vise en noe høyere andel enn NNRR-data. Dette gir en indikasjon om at det er samsvar mellom NNRR-data og faktisk gjennomførte tiltak. NPR-data er hentet fra ekstern samarbeidspartner med tilgang til koblede NPR-data med NNRR-data for perioden 2016-2020.

Reliabilitet

Det er ikke utført egne tester av reliabilitet i registeret, men alle utfallsmål som benyttes er validerte måleinstrumenter opp imot pasientgruppen.

Det er noe frafall fra baseline til oppfølging som kan påvirke om oppfølgingsdata er reliabel. I en studie med gjennomgang av pasienter som ble inkludert i registeret i 2022, så man at andelen som fyller ut begge oppfølgingsskjema hadde likt kjønn, lik verdi på ODI og NRS, lik varighet i plager, lik utdanning samt lik arbeidsdeltakelse som de som ikke utfyller slik oppfølging. De som svarer på all oppfølging er i snitt eldre, i større grad har norsk nasjonalitet og scorer lavere på HSCL-10 sammenlignet med de som ikke besvarer oppfølging[2]. Foreløpige resultater fra NNRRs eget pågående valideringsundersøkelse bekrefter dette. Det er også sett forskjeller på enkelte andre variabler mellom pasienter med og uten besvarelse ved 6 måneders oppfølging. Ut ifra preliminaire analyser er disse forskjellene sannsynligvis forårsaket av forskjell i alder og etnisitet.

Pågående valideringsundersøkelse viser også at pasientene som fyller ut 12 måneder-oppfølging også er eldre enn populasjonen som helhet, samt i større grad har norsk nasjonalitet. Fullstendige resultater fra valideringsundersøkelse forventes publisert ila 2025.

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. For å sikre lik utfylling gjennomfører registeret webinarer to ganger per år der utfylling av behandlerskjema er tema, og brukermanual ble oppdatert i 2024 etter implementering av MRS5.0.

Overordnet vurdering

NNRR har høy tilslutningsgrad, moderat dekningsgrad og god kompletthet ved baseline. Dette tyder på at baseline data trolig er representativ for pasientpopulasjonen. Det er høy oppfølgingsrate med god kompletthet. Analyser viser at PROMs i registeret evner å fange opp endring og at pasientpopulasjonen som gir oppfølgingsdata ikke er vesentlig forskjellig for de fleste variabler fra de som ikke gir oppfølging. Dette tyder på at oppfølgingsdata er pålitelig. Beregning av MIC for NNRRs egen pasientkohort gjør at man på en mer pålitelig måte kan rapportere klinisk viktig bedring for pasientgruppen. Ved gjennomgang av NNRRs kohort fra 2016 til 2022 har man konkludert med at datakvalitet har bedret seg betydelig siste årene [27]. Ved gjennomgang av oppfølgingsdata ser man at 6 måneders oppfølgingsdata i stor grad er representative foruten at populasjonen som svarer på oppfølgingsskjemaet er noe eldre og i større grad er av norsk nasjonalitet [2].

6 Pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Identifiserte forbedringsområder

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

Identifiserte pasientrettede forbedringsområder	• Bergen har avdekket at de har dårligere retur til arbeid. De ønsker å se på tiltak som kan bedre dette. HSCL-10 gjennomsnittsverdi hos pasientgruppen er høyere i Bergen enn resten av landet. De har samarbeid med psykisk helse, men lider pga. dårlig bemanning og prioritering. Bergen ønsker å utforske årsaken og forsøke å forbedre dette. • Endel pasienter har Modic-forandringer muligens bidrar som årsak til ryggsmarter. Bergen ønsker å utforske om funn av Modic predikerer dårligere resultat på tverrfaglig behandling sammenlignet med pasienter som ikke har beskrevet Modic-forandringer. Slik innsikt kan bidra til å bedre behandling som tilbys. • Utforske om pasienter som er del av HIA har annen profil og bedre prognose, særlig med tanke på retur til arbeid. • Nordlandssykehuset har etablert et nytt gruppetilbud våren 2025. De ønsker å utforske resultatene fra denne etableringen. • Sykehuset i Vestfold, Stavern har avdekt at de har lang ventetid. Ønsker å utforske tiltak for å redusere denne, særlig for prioritert gruppe. • Tromsø ønsker å utforske tiltak for å øke andelen som mottar mestringsorientert samtale. • På fagdagen i 2024 framkom det stor geografisk sprik i innhold i tverrfaglig behandling både med tanke på lengde på intervensjon, innhold i intervensjon og faggrupper som deltar i intervensjon. Detaljert innhold og årsak til variasjon bør utforskes nærmere.
--	---

6.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Tiltak og resultat

KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling – hos pasienter med tolkebehov og utenlandsk opprinnelse	Jan 22 til nov 24	Analyser initiert av OUS har avdekket signifikant mindre bruk av tverrfaglig behandling hos pasienter med tolkebehov ved gjennomgang av nasjonale data [30]. Våren 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 ble avholdt samarbeidsmøter i -23 og enhetene møttes på fagdag i -24. Andelen med tolkebehov som får tverrfaglig behandling ble rapportert i kvartalsrapporter for å følge utviklingen lokalt. Målet var å oppnå at 30 % av pasienter med utenlandsk opprinnelse og tolkebehov får tilbud om tverrfaglig behandling. Det tiltaket som ble vurdert som mest effektivt er at pasienter med tolkebehov i større grad får individuell tverrfaglig oppfølging da disse ikke kan nyttiggjøre seg av gruppebaserte tilnærminger på norsk.	Ved baseline var det kun 8,6 % av pasienter (hele 2022). Andelen øker til 31,7 % etter kvalitetsforbedringstiltak (fra 3. kvartal i 2023 til og med 2. kvartal i 2024). Odds ratio 4,9 (konfidensintervall 2,3-10,9).
KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling - andelen har vært sprikende og lav ved flere enheter	2022- 2025	Registerledelsen har rapportert variasjon i tilbudet mellom enheter til foretaks-, sykehus- og klinikkleidelse 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 og 2024. I 2024 presenterte alle enheter sitt tverrfaglige tilbud både med	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 66 %. Den nasjonale andelen er relativt stabil, men sank noe i 2024 slik at man nå har en andel på 27 %, som er under måltall på 30 %. Resultater fra Levanger er ikke klart før utgang 2025.

		tanke på varighet, helsepersonell og innhold i tilbudet (trening, edukasjon, avspenning med mer). Hvilke pasienter som ble inkludert i tilbudet ble kartlagt. Det framkom stort sprik i tilbudet. Noen enheter har ingen tverrfaglig tilbud og gir kun utredning. Andre enheter gir individuell oppfølging, men det er stor variasjon i lengde og innhold. -Fokus på å tilby tverrfaglig oppfølging ble økt hos alle enheter. -Endret rygg-gruppe i Levanger til å være et tverrfaglig tilbud. Oppstart i mars 2025.	
Økt dekningsgrad og samtidig bedre møte med den enkelte pasient ved å oversette pasientskjema til polsk og nynorsk	2023-2024	Polsk pasientskjema ble av registerledelsen implementert i juni 2024 - både digitalt og papirformat.	Det er 66 pasienter som har utfylt skjema på polsk høsten 2024. Dette utgjør 1,9 % av totalt antall pasienter i denne perioden. 1,1 % har utfylt på nynorsk. Det er 3,2 % av pasientene som har utfylt på engelsk i samme periode. Det er rapportert fra enheter at dette medfører bedre møte med den enkelte pasient og fremmer samvalg.
Øke dekningsgrad og samtidig bedre møte med den enkelte pasient ved å oversette pasientskjema til flere språk	2024-pågående	Tidligere erfaringer med oversettelser av pasientskjema har vist at det både påvirker dekningsgrad og pasientmøtet i positiv grad. Det er rapportert fra flere enheter at arabisk og urdu kan være aktuelle språk å oversette registeret til. NNRR har startet preliminare undersøkelser for å finne ut hvilke PROMs som allerede er oversatt.	Resultater for dette arbeidet foreligger ikke.

Andel tilbake i arbeid KI 6 og etablere klinisk praksis som gir fokus på arbeidsdeltakelse	2022- 2025	Langvarig fravær fra arbeid tyder på dårlig prognose og nasjonal retningslinje anbefaler arbeidsmedisinske tiltak [1]. Ved alle poliklinikker bør det derfor kartlegges arbeidsfunksjon og skoledeltakelse. Det har blitt utarbeidet en ny variabel i behandlerskjema 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. Kloke valg anbefaler å unngå full sykemelding der arbeidsdeltakelse er mulig (link her). Bardal et al [28] utforsket assosiasjon mellom gradert sykemelding og retur til jobb.	Det er fortsatt sprikende resultater i andelen som vender tilbake til arbeid. Spriket mellom enheter i 2024 er fra 46 % til 36 %. Hvor stor andel pasienter som får kartlagt arbeidsfunksjon rapporteres nå i kvartalsrapporter. Gradert sykemelding gav bedre retur til arbeid sammenlignet med full sykemelding, også når man korrigerte for symptomtrykk. Det ble formidlet på fagdag at N/R-poliklinikkene bør anbefale gradert sykemelding i møte med den enkelte nakke- og ryggpasient når det er mulig.
Redusere andel pasienter med smerteplager over 2 år.	2024- pågående	Pasientrapporterte data viser at i 2024 hadde 45,3 % av pasientene hatt smerter over 2 år, som er stabilt med foregående år. Svært langvarige smerter forringer prognosen. Stavanger har i 2024 benyttet tall fra NNRR i møte med Praksiskonsulenter (SUS/Fastlege) og NAV ledelse i Rogaland (Helse I Arbeid). Konkret viser tallene at for mange pasienter har gått for lenge med tilstanden før de blir henvist. Dette er kommunisert ut flere ganger til samarbeidsaktører for å fremme tidligere henvising. NNRR ønsker å lage en publisering hvor blant annet	Til tross for tiltak har andel med plager over to år økt fra 44 % i 2023 til 47 % i 2024 for pasienter henvist til Stavanger. Resultater etter formidling i tidsskrift foreligger ikke før tidligst årsrapport for 2026

		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 i 2024. Forventes å ferdigstilles i 2025.	
Bedre forståelse av hvordan psykisk symptomtrykk kan predikere ulike utfall	2024-pågående	Det er avdekt at en høy andel (58 % siste to årene) 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 persontilpassede kliniske råd i møte med den enkelte pasient. En fysioterapeut ved UNN Tromsø tar en mastergrad hvor dette analyseres.	Resultater foreligger ikke.
Bedre forståelse av hvordan mestringsstro på tilbake kan predikere utfall		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 data vil kartlegge dette nærmere, og muligens bidra til persontilpassede kliniske råd i møte med den enkelte pasient. En medisinerstudent ved UiT i Tromsø tar en mastergrad hvor dette analyseres.	Resultater foreligger ikke.
Øke andel som mottar gjennomgang	2023-2024	I Tromsø har man blitt gjort oppmerksom på at man lå lavt i	I hele 2023 var andelen under 80 % ved alle kvartal.

av billedfunn		andel pasienter som får gjennomgang av billedfunn. Slik gjennomgang bidrar til trygghetsskapende kommunikasjon i tråd med nasjonale anbefalinger. Det ble enighet i fagmiljøet at man ønsket å øke andelen. Kvartalsrapporter er gjennomgått regelmessig på driftsmøter.	Andelen økte over 80 % første kvartal i 2024 og holdt seg over 90 % de tre siste kvartal.
---------------	--	--	---

Flere enheter angir både på fagdag, på enhetsmøter og i skriftlig tilbakemeldinger at de i 2024 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 med den enkelte pasient, noe som bedrer samvalg. Registerdata på den enkelte pasient inngår ofte i kliniske journalnotat - særlig etter dette enkelt kan overføres fra MRS og rett i journalsystemene.

7 Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	1 gang per år	Deltakende enheter/fagmiljø, ekspertgruppen, forskere, myndigheter, ledelse og pasientorganisasjoner
2.	«Behandlingskvalitet» Alle 9 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 og ledelse
4.	Innsynsrapport via HelseNorge formidler scoringsresultat på PROMs, diagnose og anbefalt behandling.	Kontinuerlig	Hver individuell 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 (iht. samtykkeerklæring)	Kontinuerlig	Helsepersonell, pasient, henvisende instans
6.	Årlig rapporteringsmøte til ledelse ved UNN: Avholdt i januar 2025 på UNN	Årlig	Sykehusadministrasjon herunder klinikkledere, seksjonsledere og avdelingsledere ved UNN som er administrerende enhet for NNRR
7.	NNRRs Fagdag for alle aktuelle enheter - Gardermoen 15.02.2024 - God oppslutning med 34 deltakere	Årlig	Sykehusenheter, SKDE, pasientorganisasjoner.
8.	Posterpresentasjoner i 2024 Kjønø LG et al «Factors predicting no improvement in patients with spinal disorders after specialist evaluation in secondary care», 13. Nasjonale		Forskere, myndigheter, pasientorganisasjoner, etc

	forskningskonferanse om muskelskjeletthelse (MUSS) Oslo, 31.okt- 01.nov 2024.		
9.	Presentasjoner på seminarer, konferanser, o.l i 2024 • Wilhelmsen M ved 13. «Kjønnsulikhet før og etter behandling- en registerstudie fra Norsk Nakke- og ryggregister», 13. Nasjonale forskningskonferanse om muskelskjeletthelse (MUSS) Oslo, 31.okt- 01.nov 2024. • Wilhelmsen M «Norsk nakke- og ryggregister – baseline, oppfølging og kjønnsforskjeller», Høstmøtet for nasjonal forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Bergen, 28-29.nov 2024. • Skatteboe S og Bjørneboe J «Hvordan øke andel fremmedkulturelle som mottar tverrfaglig behandling? Nasjonalt kvalitetsprosjekt», Høstmøtet for nasjonal forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Bergen, 28-29.nov 2024.		Forskere, myndigheter, pasientorganisasjoner, etc
10.	Presentasjoner på møter, fagdager og liknende arrangert av andre organisasjoner: • UiO ved /Avd for Tverrfaglig helsevitenskap arrangerte heldagsmøte for forskningsmiljøer som benytter nasjonale registre for forskning knyttet til muskelskjeletthelse. NNRR presenterte registeret. 31.01.24. • HIANor presenterte pågående forskning med NNRR-data på fagdag i Sandnessjøen i februar 2024, fagdag på Fys.mep.pol på UNN i september 2024, Nettverkssamling for FMR-legene i HelseNord 06.09.2024, intern presentasjon ved Black Dog Institute Sydney i februar 2024, samt intern presentasjon University of New South Wales i februar 2024.		Pasientorganisasjon, andre registre, SKDE, sykehus, forskere, myndigheter, etc
11.	Bidrott med kapittel i <i>Temanummer om kvinnehelse</i> av SKDE innsendt oktober 2024.		Forskere, myndigheter, pasientorganisasjoner, etc
12.	Lokal bruk av resultater Flere enheter har valgt å invitere ledelse inn til enhetsmøter. Kort gjennomgang av lokale		Ledelse, lokalt fagmiljø, etc

	resultater fra kvartalsrapport har engasjert ledere til å sette av tid til at personell kan bidra til NNRR. I Stavanger er det i 2024 rapportert at de bruker resultatene fra NNRR til strategisk arbeid i lederlinjen for å synliggjøre denne målgruppen, klinisk drift og ikke minst videre ressursbruk.		
--	--	--	--

8 Samarbeid og forskning

8.1 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 register i Helse Nord. Samlokaliseringen bidrar til samarbeid mellom registrene når det gjelder administrative oppgaver og registerfaglige vurderinger. Brukerorganisasjonen Ryggforeningen er fast representert i NNRRs fagråd ved brukerrepresentant Thor Einar Holmgard.

8.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til følgende formål:	2024	2023	2022
Forskning	3	3	3
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	4	1	1
Andre formål (f.eks. til media)			
Totalt	7	4	4

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

8.3 Vitenskapelige artikler

Det har vært en betydelig økning i antall vitenskapelige artikler der data fra NNRR har vært benyttet. Man ser en økende interesse blant forskere for å benytte registerets data. Det er publisert 8 artikler siden 2022 der data fra NNRR er benyttet.

Publikasjoner

1. Tyrdal MK, Veierød MB, Røe C, Natvig B, Wahl AK, Stendal Robinson H. Neck and back pain: Differences between patients treated in primary and specialist health care. *J Rehabil Med*. 2022 Jul 13;54:jrm00300. <https://doi.org/10.2340/jrm.v54.363> [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). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53879-3> [3]
3. Skatteboe, S., Røe, C., Heide, M. *et al.* Responsiveness and minimal important change of specific and generic patient-reported outcome measures for back patients: the Norwegian Neck and Back Register. *Eur Spine J* **33**, 2960–2968 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00586-024-08394-4> [2]
4. Ignatius JS, Røe C, Perrin PB, Skatteboe S, Brox JI, Kielland MG, Bjørneboe J. Influence of nationality on the trajectories of pain, disability and health related quality of life in neck and back patients - The Norwegian Neck and Back Registry. *Musculoskelet Sci Pract*. 2024 Sep 20; 74:103193. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2024.103193> [30]
5. Aars NA, Brandseth O, Bardal I, *et al* Cohort profile: the Norwegian Neck and Back Registry (NNRR): a medical quality registry for patients with neck and back complaints *BMJ Open* 2025;15:e096992. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096992> [27]
6. Bardal, I., Aars, N.A.P., Sanatkar, S. *et al.* Is the association between graded sickness absence and return to work confounded by health? A longitudinal cohort study from the Norwegian neck and back registry. *BMC Public Health* **25**, 1202 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22368-1> [28]
7. John B, Røe C, Brox JI, Sveinall H, Ignatius J, Wilhelmsen M, Skatteboe S. Responsiveness and minimal important change of neck disability index and numeric pain rating scale for neck patients in the Norwegian neck and back register. *Eur Spine J*. 2025 Apr 24. <https://doi.org/10.1007/s00586-025-08836-7>. [31]
8. Sanatkar S, Stevelink SAM, Aars N, Bardal I, Brandseth OL, Brinchmann B, Mykletun A. Health consequences of graded, full, and no sickness absence among workers with musculoskeletal disorders: health profiles and six-months symptom changes of patients referred to Norwegian outpatient clinics for chronic neck and back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2025 May 1;26(1):432. <https://doi.org/10.1186/s12891-025-08570-7> [32]

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

9 Referanser til vurdering av stadium

9.1 Vurderingspunkter

Tabell: Vurderingspunkter for Norsk Nakke- og Ryggregister og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2024	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	5.1	X	☐
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3.1	X	☐
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	X	☐
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	7	X	☐
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	10	X	☐
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	5.3	X	☐
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2	X	☐
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no		X	☐
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater		X	☐
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	3	X	☐
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	10	X	☐
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	5.3	X	☐
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste	5.2	☐	x

to år

- | | | | | |
|----|--|-----|---|--------------------------|
| 14 | Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no | | x | ☐ |
| 15 | Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig | 8.3 | x | ☐ |
| 16 | Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig) | 3 | x | ☐ |

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 | 6.2 | x | |
|----|--|-----|---|--|

Nivå B

- | | | | | |
|----|--|----------|---|--|
| 18 | Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 6.1, 6.2 | x | |
|----|--|----------|---|--|

Nivå C

- | | | | | |
|----|--------------------------------|--|--|--------------------------|
| 19 | Oppfyller ikke krav til nivå B | | | ☐ |
|----|--------------------------------|--|--|--------------------------|
-

10 Utvikling av registeret

10.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Registeret oppfyller fortsatt kriterier for stadium 3A. Ekspertgruppen påpeker at vi kan oppnå stadium 4A dersom dekningsgrad øker til 80 % og valideringstiltak gjennomføres. Det er gjort flere tiltak for bedre utvikling av registeret:

10.1.1 Tilslutning

Ved inngangen av 2024 var 14 av 16 aktuelle enheter tilknyttet NNRR. I juli startet enhet ved Sykehuset Innlandet med registrering av pasienter. Alle N/R-pasienter tilhørende Sykehuset i Telemark - Skien overføres nå til Sykehuset i Vestfold - Stavern. Dette betyr at Skien ikke lenger er en aktuell enhet. Våren 2024 ble Helse Fonna oppdaget som ny enhet. I november startet Helse Fonna med registrering av pasienter. I desember er opplæring av personell gjennomført og all formell godkjenning etablert for Kirkenes. Ved utgangen av 2024 er derfor 16 av 16 aktuelle enheter formelt tilknyttet NNRR, hvorav 15 er i gang med pasientregistrering og leverer data.

Det var rapportert store personellutfordringer ved Levanger sykehus i 2023 som medførte at de hadde stopp i pasientregistrering i NNRR. Dette ble fulgt tett opp. I 2024 leverte Levanger igjen data i henhold til rutiner.

10.1.2 Datafangst

Alle pasientskjema er fra juni 2024 tilgjengelig på polsk og nynorsk (foruten EQ5D-5L som fortsatt er på bokmål i nynorskskjema grunnet svært høy pris for å gjennomføre oversettelse). Lisensavtaler for aktuelle språk for NDI og ODI er etablert. Dette bidrar til økt dekningsgrad. Man planlegger å oversette NNRR til flere språk – arabisk og urdu vurderes som mest aktuelle på nåværende tidspunkt.

Prosess for å porteres til MRS5.0, som er en mer fleksibel teknisk plattform som gir bedre brukervennlighet ble fullført juni 24. I den forbindelse ble det gjort flere oppgraderinger/justeringer.

Smertetegning med bilde som var visuelt synlig for klinisk personell ble avviklet da det ikke var teknisk mulig i ny løsning. I stedet ble antall smerteområder tatt inn i oversiktstabell og gjengitt i tekstform i detalj.

Tidligere valgte man diagnoser fra en kort liste. I nytt system måtte registeret kobler direkte til ICD-10 ved valg av diagnoser. Liste over alle relevante nakke og ryggdiagnoser ble vedtatt. Det ble innført feilmelding ved utfylling av behandlerskjema dersom første diagnose ikke er en relevant nakke/ryggdiagnose.

Det ble i 2024 avdekket at behandlerskjema uten tilknyttet pasientskjema var blitt utlevert til forskning. Uten pasientskjema har man ikke samtykke. Avviket ble meldt til PVO og Datatilsyn. All data uten samtykke ble slettet, både i registeret og hos forskergruppen. I oppgradering ble samtykke lagt til registeret med standardisert funksjonalitet mot HelseNorge. Dersom pasienten ikke har samtykket vil ingen informasjon oversendes nasjonal database, men kun forbli lokalt. Dersom pasienten ikke samtykker slettes data automatisk 30 dager etter frist for utfyllelse. I praksis betyr dette at det ikke lenger vil være behandlerskjema i databasen som ikke er knyttet til et ferdigstilt pasientskjema med innlevert samtykke. Dette sikrer at et slikt avvik ikke vil kunne skje igjen. Ved at

Samtykke nå er registrert i Helse Norge er det enklere for pasient å sjekke samtykkestatus ovenfor NNRR, samt trekke samtykke om ønskelig.

Det er blitt etablert en funksjonalitet i databasen som gjør at oversiktstabell over pasientenes svar enkelt kan omgjøres til et tekstformat (kalt Journalnotat). Dette kan raskt kopieres inn i pasientjournal. Dette gjør det mer tidseffektivt å journalføre når informasjon fra NNRR benyttes i møte med den enkelte pasient. Denne informasjonen brukes for å få økt innsikt i pasientens problematikk og bedrer samvalg når videre tiltak skal velges. Journalføring av dette er viktig dokumentasjon. Enhetene rapporterer at slik klinisk bruk av registerdata er en motivasjon til å følge opp arbeidet med NNRR.

10.1.3 Dekningsgrad og responsrate

Det kommenteres fra ekspertgruppe at det er framgang i dekningsgrad og at tiltak må gjøres for å øke andel til 80%. Det er gjort nye og kontinuert tidligere tiltak for å bedre dekningsgrad. 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. I tillegg er nye oversettelser (polsk og nynorsk) av registeret implementert – noe som også påvirker dekningsgrad positivt.

I 2023 innførte NNRR årlige digitale enhetsmøter. I 2024 har registerledelsen fulgt opp disse digitale enhetsmøtene. Et tema på agendaen er alltid gjennomgang av rutiner, og spesielt rutiner for å fullføre utfylling av behandlerskjema. Dette er noe som igjen bidrar til økt dekningsgrad. 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 til NNRR og dermed har et forbedringspotensial. Konkrete tiltak som kan bedre rutiner og dermed bedre dekningsgrad lokalt diskuteres kontinuerlig.

Etter oppdatering til MRS5 er det nå mulig å endre skjemaer. På noen enheter legger merkantilt behandlerskjema over til utreder som eier umiddelbart når pasient settes opp til time. Slik rutine kan bidra til høyere fullføringsgrad da man lettere gjenfinner egne skjema. Behandlerskjemaer som fortsatt ikke er utfylt 30 dager etter planlagt dato for konsultasjon havner på en administrativ arbeidsliste. Denne arbeidslisten gjør det lettere for merkantilt personell eller lokal registeransvarlig å følge opp utfylling av behandlerskjema. De kan sjekke hvilket helsepersonell som er ansvarlig for pasienten ved å søke pasient opp i lokal timeliste, og deretter endre eier på behandlerskjema – og dermed havner skjemaet på helsepersonellet egen arbeidsliste for uferdige behandlerskjemaer. Slike rutiner tas opp på enhetsmøter.

10.1.4 Korrekthet og reliabilitet

Artikkelskriving fra NNRR-data har også bidratt til kunnskap om registerets datakvalitet. Skatteboe et al [2] utforsket om NRS, ODI og EQ5D-5L brukt i registeret evner å måle endring over tid. Man fant at ODI, som er mer diagnosespesifikt hadde bedre evne til å mål endring enn mer generiske verktøy som NRS og EQ5D-5L. Man så også på minste klinisk viktige endring (minimal important change, MIC) (se kapittel 5.3 for utfyllende informasjon). Disse verdiene ble brukt våren 2025 da grenseverdier for klinisk viktig endring for kvalitetsindikatorene 2, 4 og 5 ble oppdatert.

Det er også gjennomført analyser hvor man utforsker om det er forskjell ved baseline mellom pasienter som utfyller begge oppfølgingsskjema og de som ikke gjør det. Her fant man at det er ingen forskjell i kjønnsfordeling, ODI, smerte, varighet av plager, utdanningsnivå og andel med ansettelsesforhold. Men man ser at de som fyller ut oppfølgingsskjema i større grad er eldre, har

lavere emosjonelt stress (HSCL-10) og angir norsk nasjonalitet. Dette viser at det trolig er liten fare for seleksjonsbias når man ser på oppfølgingsdata, men det er ikke helt utelukket (se kapittel 5.3 for utfyllende informasjon).

Man har oppdaget en feil i det elektroniske spørreskjemaet og dermed ved nærmere undersøkelser oppdaget at det er indikasjon på at NNRR-data og NPR-data samsvarer. Se kapittel 5.3 for utfyllende informasjon om dette.

10.1.5 Kvalitetsforbedring av synliggjøring av faglig etterlevelse

Tidligere har ekspertgruppen kommentert at NNRR har behov for økt synliggjøring av faglig etterlevelse. I norske retningslinjer er klinisk kommunikasjon anbefalt i sterk grad ved langvarige plager. Det inkluderer trygghetsskapende informasjon og å utforske tanker om frykt og unngåelsesadferd (gule flagg) som kan påvirke kroppslige smerter [1]. Derfor ble andel som mottar «mestringsorientert samtale» innført som kvalitetsindikator i mai 24, etter råd fra deltakende enheter på fagdagen 2024.

Faglige retningslinjer anbefaler også tverrfaglig behandling, hvor det over flere år er vist stor geografisk variasjon mellom enheter i NNRR. På fagdag for 2024 var derfor nettopp tverrfaglig behandling et hovedtema. Analyser av hvem i Norge som får tverrfaglig behandling ble rapportert i artikkel av Bjørneboe et al [3].

10.1.6 Kvalitetsforbedringsprosjekter lokalt og nasjonalt

Ekspertgruppen påpeker at det bør være fokus på at registeret brukes til kvalitetsforbedring - også lokalt forankret. NNRR prioriterer kvalitetsforbedring høyt. Et nasjonalt prosjekt som hadde som mål å øke tverrfaglig behandling til pasienter med ikke-norsk bakgrunn og pasienter som mottar tolk er avsluttet i 2024. Målet om andel på 30% ble oppnådd i prosjektperioden. Det er også gjennomført lokale kvalitetsforbedringsprosjekter ved Tromsø, Levanger og Stavanger. Se kapittel om Pasientrettet kvalitetsforbedring for detaljer for pågående prosjekter.

På alle gjennomførte digitale enhetsmøter etterspør NNRR om registerdata brukes lokalt. Svært mange enheter forteller at de gjennomgår kvartalsrapporter i plenum. Dette medfører at de får innsikt i hvordan de skiller seg fra landet ellers. Dette inspirerer igjen til justeringer i klinisk virksomhet, enten som kvalitetsforbedringsprosjekter nevnt ovenfor eller som bevisstgjøring når valg gjøres. For eksempel oppgir Stavanger at stabile funn i kvartalsrapport blir brukt som argument til ikke å endre dagens kliniske praksis, men heller opprettholde behandlingstilbudet vurdert ut fra gode resultater sammenlignet med landet for øvrig. Stavanger har også benyttet tall fra NNRR i møte med Praksiskonsulenter (SUS/Fastlege) og NAV ledelse i Rogaland (Helse I Arbeid).

10.2 Planer og behov

10.2.1 Datafangst

Tekniske forbedringer er planlagt ved neste kjerneoppdatering. Det vil da kreve færre tastetrykk for å endre skjemaer. Dette vil gjøre det lettere for helsepersonell å settes som eier og dermed lettere finne skjema som de skal ferdigstille.

Det er ønskelig å oppdatere tekst i funksjonen «journalnotat» slik at den blir mer leservennlig, og

dermed mer brukbar for klinisk journal. Utkast er vedtatt av fagråd mai 2025 og vil trolig implementeres høst 2025.

Smertetegning er ønsket relansert når dette er teknisk mulig.

Noen rapportfunksjoner i MRS fungerer ikke og dette er meldt til utbedring.

På sikt ønsker NNRR å implementere automatisert datafangst. Datafangst vedrørende arbeidsdeltakelse fra NAV-registre vil gi mer korrekt data på retur til arbeid, noe som er et viktig utfallsmål. Ifølge nasjonal veileder [1] og kloke valg for Fysikalsk medisin og rehabilitering (link [her](#)) bør man begrense opioidbruk og langvarig bruk av NSAIDs ved nakke- og rygg smerter. Dersom NNRR på sikt kan få automatisert datafangst fra reseptregisteret vedrørende slik medikamentbruk ville dette bidra til mer korrekt innsikt i overforbruk.

Det er avdekket feil i variabel som rapporterer antall pasienter som rapporterer at de ble operert i perioden etter første konsultasjon. I tidligere årsrapporter har man sett høye tall som har vært vanskelig å forklare. Man har sett en diskrepans mellom andel som man via behandlerskjemaet 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 har ikke blitt kartlagt tidligere. Gjennom arbeid med metadata oppdaget man at det elektroniske spørreskjemaet skriver «Gjennomgått operasjon» til feil variabel. Denne feilen i det elektroniske spørreskjemaet er planlagt utbedret høsten 2025.

10.2.2 Datakvalitet og validering

Kirkenes og Helse Fonna er en nye registrerende enheter. Kirkenes kom i gang med pasient-registreringer mars 2025. Enhetene vil følges tett i 2025 slik at gode rutiner etableres.

Forbedring av dekningsgrad i registeret vil oppnås ved å kontinuere påbegynte tiltak for å bedre rutiner som for eksempel årlige digitale enhetsmøter og regelmessige webinar. NNRR planlegger også fysiske enhetsbesøk hvor dialog omkring rutiner med alle som jobber med NNRR på hver poliklinikk vil være tema - dette for å sikre lik praksis på tvers av enheter.

Polsk oversettelse er tatt i bruk 19.06.24. Noen PROMS i dette skjema må på sikt valideres til polsk. Nynorsk oversettelse ble innført samme dato, men EQ5D-5L er ikke oversatt til nynorsk. NNRR har hatt dialog med FHI og Euroqol om oversettelse, men anbud mars -24 var på hele 10900euro, noe som er over registerets budsjett. Man må på sikt prioritere å komplettere den nynorske oversettelsen.

Analyser av NNRRs evne til å detektere endring hos den enkelte pasient med nakkesmerter via PROMS og hva som er minimal viktig endring (minimal important change) for pasientkohort med nakkeproblemer er publisert i 2025 av Bjørneboe et al [31]. [2]

Pr april 2025 brukes valueset fra Storbritannia når score for EQ5D-5L formidles. Det er nå utarbeidet valueset som er tilpasset norsk befolkning [33]. NNRR er i dialog med Hemit slik at beregning av score oppdateres til norske verdier.

Prediksjonsmodell for overforbruk av helsetjenester og validering av slik modell mot eksterne kilder er pågående (AID-Spine). Resultater fra NNRR valideres opp mot resultater fra et dansk register av pasienter med nakke- og ryggplager som behandles i spesialisthelsetjenesten (SpineData). Slik validering bidrar til å underbygge ekstern validitet av NNRR-data og styrker dermed registerets

generaliserbarhet. Funn og resultater fra dette forventes klart for innsending til publisering i løpet av 2025.

Analyse av interrater-reliabilitet av utfylling av behandlerskjema ved at det lages case og at behandlere fra hver enhet fyller ut tilhørende behandlerskjema planlegges høst 2025.

Analyser om anbefalt behandling som rapporteres i NNRR samsvarer med hva som rapporteres som anbefalt behandling i pasientjournal bør på sikt utforskes - tentativt 2026-2027.

10.2.3 Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten

Registrerende enheters etterlevelse av faglige retningslinjer varierer, særlig når det kommer til tverrfaglig behandling. Det er vist at pasienter med tolkebehov i lavere grad mottar tverrfaglig behandling sammenlignet med norske pasienter [3]. Med utgangspunkt i NNRR vil enheter fra alle fire helseregioner søke midler fra KlinBeforsk i 2025. Cecilie Røe vil være prosjektleder og flere i fagrådet inkludert brukerrepresentant er med i søknadsprosessen. Søknaden består av ulike pakker og en av disse er å kartlegge nærmere innhold, faggrupper, lengde og utvelgelse til videre behandling ved poliklinikkene. Dette vil gi mer detaljert innsikt i hvordan og hvorfor denne variasjonen oppstår. En annen pakke er en felles behandlingsløype som ønskes å utprøves. Siste pakke består trolig av pilot hvor denne løypen utprøves til fremmedspråklige. Om dette prosjektet blir innvilget vil det kunne bidra til økt faglig etterlevelse og mer likeverdige tjenester.

Bruk av registeret til kvalitetsforbedring var et hovedtema på fagdagen primo 2025. Hver enhet presenterte da identifiserte kliniske forbedringsområder. Dette kan bidra til motivasjon til å jobbe videre med kvalitetsforbedringsprosjekter.

NNRR ønsker økt bruk av resultater til pasientrettet kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon/enhet. Det tok mye lengere tid enn forventet å portere NNRR til ny digital plattform og raskt etterpå kom en kjerneoppdatering. Webinar om hvordan enhetene selv kan hente ut rapporter ble derfor ikke gjennomført før april 2025. Slik kunnskap vil gjøre det lettere for enhetene å lage små kvalitetsforbedringsprosjekter lokalt i framtiden. Det var ønsket fra deltagende enheter at det på fagdagen i 2026 skal være gruppearbeid hvor man jobber med konkrete problemstillinger som kan resultere i gjennomføring av framtidige kvalitetsforbedringsprosjekter.

Nasjonale retningslinjer er ikke oppdatert siden 2007 og eksisterer ikke for nakke. Når helsedirektoratet skal oppdatere disse vil selvsagt NNRR bistå om ønskelig.

10.2.4 Formidling av resultater

Formidling av resultater fra forskning og kvalitetsforbedring er høyt prioritert. Internasjonal arena er også en ønsket plattform. Registerledelse har innsendt abstract til Internasjonal konferanse «International Back and Neck Pain Research Forum» som gjennomføres i juni i 2025. Dersom abstract blir akseptert vil framlegg gjennomføres.

For å forbedre formidling til lokal ledelse anbefaler vi nå at ledelse står som kontaktperson i NNRRs mailliste og deltar på enhetsmøter.

10.2.5 Samarbeid og forskning

NNRR publiserte metadata på helsedata.no juni 2025.

Flere forskningsprosjekter er pågående med data fra NNRR og tre søknader er mottatt vinteren

24/25. To datautleveringer er allerede gjennomført i 2025:

1. Forskningssamarbeid mellom OsloMET og OUS utlevert datasett mars 2025 med Are Hugo Pripp som prosjektleder.
2. St.Olavs utlevert datasett februar 2025 med Anna Marcuzzi som prosjektleder.

10.2.6 Annet

NNRR har mars -25 oppdatert samtykkeskriv til Helse Norge med generisk løsning og universell utforming. NNRR vurderer å utvide data som er tilgjengelig i dagens innsynsløsning.

NNRR er et register i vekst og utvikling. Det er derfor ønskelig å øke stillingsandelen på daglig leder fra 50 % til 100 %. Trolig blir dette mulig i løpet av 2025.

11 Liste over figurer

Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år.....	15
Figur 2: Andel med klinisk relevant bedring av funksjon ved oppfølging pr enhet siste tre år.	17
Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år.	19
Figur 4: Andel med klinisk relevant bedring av smerter i hvile ved oppfølging pr enhet siste tre år.	21
Figur 5: Andel med klinisk relevant bedring av smerter i aktivitet ved oppfølging pr enhet siste tre år.	22
Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år.	24
Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år.	26
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.	28
Figur 9: Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale som en del av sin utredning. Pasienter utredet i perioden 01.01.24-31.12.24.	30
Figur 10: Varighet av smerter	33
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.	34
Figur 12: Gjennomsnittlig skår for smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd. ...	35
Figur 13: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd.	36
Figur 14: Smerteintensitet i hvile ved første konsultasjon, etter 6 måneder og etter 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling	37
Figur 15: Smerteintensitet i aktivitet ved første konsultasjon, etter 6 måneder og 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling	38
Figur 16: Andel pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig.	39
Figur 17: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren.....	40
Figur 18: Gjennomsnitt ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder (kun pasienter med svar på alle tre skjema er inkludert).	41
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).	42
Figur 20: ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd. hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling	43
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.....	45
Figur 22: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn.	48
Figur 23: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet.	49
Figur 24: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt.	50
Figur 25: Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning	51
Figur 26: Andel der man vurderer at pasientens forløp er komplisert av gule flagg - fordelt på enheter.....	53

<i>Figur 27: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling.</i>	<i>55</i>
<i>Figur 28: Andel som er sykemeldt ved utredning som er fult tilbake i jobb eller har redusert sykemeldingsgrad ved 6 måneders oppfølging - fordelt på enheter</i>	<i>59</i>
<i>Figur 29: Andel som utredes ved et HelseArbeid-tilbud - fordelt på enheter.....</i>	<i>60</i>
<i>Figur 30: Andel som får kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning ved utredningen</i>	<i>61</i>
<i>Figur 31: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter</i>	<i>65</i>
<i>Figur 32: Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasienten - fordelt på enheter</i>	<i>66</i>
<i>Figur 33: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter.....</i>	<i>67</i>
<i>Figur 34: Andelen pasienter som mottar de ulike behandlingsalternativene i spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>68</i>
<i>Figur 35: Andelen pasienter henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten -fordelt på enheter</i>	<i>69</i>
<i>Figur 36: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus. Flere kryss er mulig.</i>	<i>72</i>

12 Liste over tabeller

Tabell 1: Oversikt over kvalitetsindikatorer 2024.....	13
Tabell 2: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon...	44
Tabell 3: Pasientrapportert fysisk aktivitetsnivå ved utredning	46
Tabell 4: Hvilken nytte/bedring mener pasienten at hen har hatt av behandlingen. Fordelt på sykehus og nasjonalt.....	47
Tabell 5: Utdanningsnivå	51
Tabell 6: Utfyllingsspråk – i perioden august-desember 2024	52
Tabell 7: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes.	54
Tabell 8: Antall pasienter som tidligere er operert i nakke pr enhet. Prosent i parentes.	54
Tabell 9: Pasientrapportert behandling i sykehus pr enhet i antall og prosent i parentes. .	56
Tabell 10: Antall pasientrapportert oppfølging utenfor sykehus ved 6 mnd. oppfølging.	57
Tabell 11: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig.	58
Tabell 12: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser.	62
Tabell 13: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet	63
Tabell 14: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene	63
Tabell 15: Antall anbefalt forskjellige behandlinger i spesialisthelsetjenestens ulike tilbud pr enhet. Flere kryss er mulig.	70
Tabell 16: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig.	71
Tabell 17: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig.	73
Tabell 18: Aktuelle enheter for NNRR i 2023. Tabellen viser antall unike pasienter med ferdigstilt pasientskjema og behandlerskjema i 2023.	78
Tabell 19: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2024. Skjemadato fra og med 01.01.2024 frem til 31.12.2024.	79
Tabell 20: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingsskjema etter 6 måneder og 12 måneder.....	80

13 Litteraturliste

1. Lærum E, B.J., Storheim K et al. *Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelse.* 2007.
2. Skatteboe, S., et al., *Responsiveness and minimal important change of specific and generic patient-reported outcome measures for back patients: the Norwegian Neck and Back Register.* European Spine Journal, 2024. **33**(8): p. 2960-2968.
3. 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.
4. Safety, A.C.o. and Q.i.H. Care, *Low Back Pain Clinical Care Standard.* 2022.
5. 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>.
6. Fairbank, J.C., et al., *The Oswestry low back pain disability questionnaire.* Physiotherapy, 1980. **66**(8): p. 271-3.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Kamper, S.J., C.G. Maher, and G. Mackay, *Global rating of change scales: a review of strengths and weaknesses and considerations for design.* J Man Manip Ther, 2009. **17**(3): p. 163-70.
11. 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.
12. 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.
13. EuroQol, G., *EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life.* Health Policy, 1990. **16**(3): p. 199-208.
14. 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.
15. Brooks, R., *EuroQol: the current state of play.* Health Policy, 1996. **37**(1): p. 53-72.
16. 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.
17. 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.
18. Derogatis, L.R., et al., *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory.* Behav Sci, 1974. **19**(1): p. 1-15.
19. 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.

20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Aasdahl, L., et al., *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) Does it Really Measure Fear Beliefs?* Spine, 2020. **45**(2): p. 134-140.
24. 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.
25. Hartvigsen, J., et al., *What low back pain is and why we need to pay attention*. Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2356-2367.
26. Bruun, T., et al., *Folkehelserapporten-kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. 2018.
27. Aars, N.A., et al., *Cohort profile: the Norwegian Neck and Back Registry (NNRR): a medical quality registry for patients with neck and back complaints*. BMJ open, 2025. **15**(3): p. e096992.
28. Bardal, I., et al., *Is the association between graded sickness absence and return to work confounded by health? A longitudinal cohort study from the Norwegian neck and back registry*. BMC Public Health, 2025. **25**(1): p. 1202.
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.
30. Ignatius, J.S., *Influence of Foreign Versus Norwegian Nationality on the Trajectory of Disability in Neck and Back Patients—a Register-Based Study*. 2024.
31. John, B., et al., *Responsiveness and minimal important change of neck disability index and numeric pain rating scale for neck patients in the Norwegian neck and back register*. Eur Spine J, 2025.
32. Sanatkar, S., et al., *Health consequences of graded, full, and no sickness absence among workers with musculoskeletal disorders: health profiles and six-months symptom changes of patients referred to Norwegian outpatient clinics for chronic neck and back pain*. BMC Musculoskelet Disord, 2025. **26**(1): p. 432.
33. Garratt, A.M., et al., *EQ-5D-5L value set for Norway: a hybrid model using cTTO and DCE data*. Qual Life Res, 2025. **34**(2): p. 417-427.

